

ANNÉE 1927

THÈSE

N°

43

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

RICHARD JAHIEL,

Né à Salonique (Grèce), le 1^{er} Février 1899

Travail de la Clinique Chirurgicale de la Salpêtrière
(Professeur A. GOSSET)

ETUDE SUR LE RYTHME

DES

DOULEURS ÉPIGASTRIQUES

Président : M. A. GOSSET, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1927

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

ANNÉE 1927

THÈSE

N° _____

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

RICHARD JAHIEL

Né à Salonique (Grèce), le 1^{er} Février 1899

Travail de la Clinique Chirurgicale de la Salpêtrière
(Professeur A. GOSSET)

ETUDE SUR LE RYTHME

DES

DOULEURS ÉPIGASTRIQUES

Président : M. A. GOSSET, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1927

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie.	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale.	CUNÉO.
Physiologie.	ROGER.
Physique médicale.	STROHL.
Chimie organique et chimie générale.	DESGREZ.
Bactériologie.	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale.	SICARD.
Pathologie chirurgicale.	LECENE.
Anatomie pathologique.	ROUSY.
Histologie.	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.	TRIFFANEAU.
Thérapeutique.	CARNOT.
Hygiène et médecine préventive.	Léon BERNARD.
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée.	RATHERY.
	GILBERT.
Clinique médicale.	BEZANÇON.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance.	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants.	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophthalmologique.	TERRIEN.
Clinique urologique.	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.
Professeur sans chaire.	ROUVIERE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.	
ABRAMI	Pathologie médicale.	JOYEUX	Parasitologie.
ALGLAVE	Pathologie chirurgi- cale.	LABBÉ (Henri) . . .	Chimie biologique.
AUBERTIN	Pathologie médicale.	LARDENNOIS . . .	Pathologie chirurgi- cale.
BASSET	Pathologie chirurgi- cale.	LE LORIER	Obstétrique.
BAUDOUIN	Pathologie médicale.	LEMAITRE	Oto-rhino-laryngolo- gie.
BINET	Physiologie.	LÉVY-SOLAL	Obstétrique.
BLANCHETIÈRE . . .	Chimie biologique.	LHERMITTE	Pathologie mentale.
BRANCA	Histologie.	LIAN	Pathologie médicale.
BRULÉ	Pathologie médicale.	MATHIEU	Pathologie chirurgi- cale.
CADENAT	Pathologie chirurgi- cale.	METZGER	Obstétrique.
CHAMPY	Histologie.	MOCQUOT	Pathologie chirurgi- cale.
CHIRAY	Pathologie médicale.	MONDOR	Pathologie chirurgi- cale.
CLERC	Pathologie médicale.	MOURE	Pathologie chirurgi- cale.
DEBRÉ	Hygiène.	MULON	Histologie.
I. de JONG	Anatomie pathologi- que.	PHILIBERT	Bactériologie.
DUVOIR	Médecine légale.	RIBIERRE	Pathologie médicale.
ÉCALLE	Obstétrique.	RICHET Fils	Physiologie.
FIESSINGER	Pathologie médicale.	TANON	Pathologie médicale.
FOIX	Pathologie médicale.	VAUDESCAL	Obstétrique.
GARNIER	Pathologie expéri- mentale.	VERNE	Histologie.
HARVIER	Pathologie médicale.	VILLARET	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER	Urologie.	VELTER	Ophthalmologie.
HOVELACQUE	Anatomie.		

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.		MM.	
GOUGEROT	Pathologie médicale.	RETTERER	Histologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.		

VI. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.

AUVRAY. Clinique chirurgicale.
CHEVASSU. . . . Clinique chirurgicale.
LAIGREL-LAVASTINE. . Clinique médicale.
LEREBOULLET. . Clinique médicale infantile.

MM

LÉRI. Clinique médicale.
LÉPER. Clinique médicale.
PROUST. Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ. . . . Clinique chirurgicale

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé.	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidents du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT.		Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD.		Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE RENÉ
INGÉNIEUR DES ARTS ET MANUFACTURES

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON FRÈRE HENRI

Témoignage de profonde reconnaissance.

A M. LE PROFESSEUR A. GOSSET

GRAND-OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ
DE MÉDECINE DE PARIS
CHIRURGIEN DE LA SALPÊTRIÈRE

*Qui a bien voulu accepter la prési-
dence de cette thèse et dans le ser-
vice duquel nous avons le grand
honneur de travailler.*

*Qu'il nous permette de lui manifester,
ici, notre respectueux attachement
et notre infinie gratitude.*

A M. LE DOCTEUR EDOUARD ENRIQUEZ

MÉDECIN DE LA PITIÉ

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Qui dès le début de nos études a été
notre maître vénéré, dont l'indul-
gente sollicitude, à notre égard, a
été pour nous un constant encoura-
gement. Nous lui adressons, ici,
l'expression de notre très vive recon-
naissance.*

A M. LE DOCTEUR CH. LAUBRY

MÉDECIN DE L'HOPITAL BROUSSAIS

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Témoignage de respectueux dévouement

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Stage hospitalier

M. LE PROFESSEUR QUÉNU

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ RICHELOT

M. LE DOCTEUR GANDY

Externat

M. LE PROFESSEUR LEGUEU

M. LE PROFESSEUR LÉON BERNARD

M. LE PROFESSEUR A. GOSSET

M. LE DOCTEUR ED. ENRIQUEZ

M. LE DOCTEUR CH. LAUBRY

A M. LE DOCTEUR LEDOUX-LEBARD

CHARGÉ DE COURS A LA FACULTÉ

CHEF DU SERVICE RADIOLOGIQUE A LA CLINIQUE

CHIRURGICALE DE LA SALPÊTRIÈRE

A M. LE DOCTEUR GASTON DURAND

ASSISTANT DE CONSULTATION SPÉCIALE A LA PITIÉ

A M. LE DOCTEUR JEAN CHARRIER

ANCIEN CHEF DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ

A M. LE DOCTEUR DANIEL ROUTIER

ASSISTANT DE CONSULTATION SPÉCIALE

A L'HOPITAL BROUSSAIS

A M. LE DOCTEUR ROBERT SOUPAULT

CHEF DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ

Témoignage de reconnaissance.

A M. LE DOCTEUR R. A. GUTMANN

ATTACHÉ MÉDICAL DE LA CLINIQUE CHIRURGICALE
DE LA SALPÊTRIÈRE

CHARGÉ DE LA CONSULTATION DES MALADIES
DU TUBE DIGESTIF

*Qui nous a inspiré le sujet de cette
thèse, où sont développées des idées
qui lui sont familières.*

*Qu'il nous permette de lui témoigner
ici, notre affectueuse reconnais-
sance.*

A MES MAÎTRES ET AMIS DANS LES HÔPITAUX

Introduction

Le diagnostic des affections gastro-duodénales et vésiculaires se base essentiellement sur 3 ordres de recherches : *recherches cliniques*, *recherches radiologiques* et *recherches de laboratoire physico-chimiques*. On ne peut établir entre elles de hiérarchie. En effet, on conçoit que l'enquête clinique soit la recherche essentielle quand il s'agit d'arriver au diagnostic d'une dyspepsie nerveuse, par exemple ; que la radiologie puisse révéler d'une façon non discutable la présence de calculs vésiculaires ; que l'examen chimique du suc gastrique soit la recherche indispensable pour étayer le diagnostic d'une anachlorhydrie.

Ces 3 ordres de recherches acquièrent donc, suivant les cas, une importance plus ou moins grande, mais en réalité, si elles sont toutes trois indispensables dans de nombreux cas, il en est de nombreux où la clinique est prédominante. De toutes façons, et quelle que soit la maladie, le diagnostic doit commencer par être un diagnostic clinique, que préciseront, compléteront ou modifieront les autres recherches.

Des 2 ordres de signes, fonctionnels et physiques, que fournit l'étude clinique des affections de l'estomac, du duodénum et de la vésicule biliaire, les signes physiques sont souvent réduits au minimum. Ce sont les signes fonctionnels donnés par l'anamnèse, l'interrogatoire, qui fournissent le plus de renseignements. Parmi ces signes fonctionnels, il en est un qui prime tous les autres : c'est le symptôme *Douleur*.

C'est souvent à ce seul symptôme que se réduit l'histoire clinique du malade ; si d'autres signes l'accompagnent, vomissements, régurgitations, ils ont souvent un caractère de banalité qui empêche de les rendre pathognomoniques de telle ou telle affection. Il n'est pas jusqu'aux hémorragies qui ne soient sujettes à caution et ne puissent se voir avec les mêmes caractères dans des affections différentes.

C'est donc à l'étude de la douleur qu'il faut s'adresser pour arriver à la première étape de l'orientation diagnostique. C'est ce symptôme qui va constituer l'objet de cette étude.

Nous nous proposons dans le premier chapitre d'analyser les différents caractères de la douleur, de discuter la valeur que ces caractères présentent pour l'établissement du diagnostic différentiel des diverses gastropathies. Nous verrons ensuite que parmi ces caractères il en est un qui paraît essentiel, c'est le *rythme des douleurs dans l'année*, et c'est à l'étude

de ce rythme que nous consacrerons le reste de notre étude.

Nous nous sommes basés pour ce travail sur un article du D^r R. A. Gutmann (Les douleurs épigastriques et leur valeur comparée pour le diagnostic. *Presse Médicale* n° 101, 19 décembre 1925) et sur l'étude des malades de la consultation du Tube Digestif qu'il dirige dans le service de notre maître, M. le Professeur Gosset, à la Clinique chirurgicale de la Salpêtrière.

*
**

Nous ne pouvons terminer cette introduction sans dire combien l'étude des maladies du Tube Digestif est facilitée lorsqu'on travaille sous la direction de M. le P^r Gosset, dans son magnifique service où il a réuni toutes les ressources modernes de la science. Les opérations qu'il fait chaque jour à la Salpêtrière sont le plus précieux enseignement qu'un médecin puisse recevoir.

CHAPITRE I

Etude critique des différents caractères de la douleur

Les anciens auteurs et Cruveilhier en particulier, quand il décrivit l'ulcère simple qui porte son nom, s'attachèrent à étudier la *Nature* propre de la Douleur, ses modalités subjectives et à lui donner une importante valeur diagnostique. C'est de ces constatations qu'est née la notion de la douleur en broche, si caractéristique pour Cruveilhier de l'existence d'un ulcère.

Mais on s'aperçut plus tard que la nature de la douleur variait pour la même maladie dans des proportions considérables suivant les malades, les uns accusant dans un même cas une simple pesanteur, d'autres une douleur en étau ; chez le même malade, les sensations subjectives étaient diversement décrites suivant les jours.

Les classiques notent qu'un ulcéreux peut ne souffrir que de simples pesanteurs ; certains dyspeptiques atteints de troubles légers accusent au contraire de très vives douleurs.

Pourtant, avec ces réserves capitales, la nature de la douleur est intéressante à connaître. Tous les auteurs l'ont longuement analysée. Récemment Faroy y a consacré une étude.

La localisation et les irradiations de la douleur ont également été étudiées très longuement dans les affections gastro-duodénales. SOUPAULT, par exemple, écrit en 1906 : « En général, les malades désignent eux-mêmes assez nettement avec la main ou un doigt le siège de leurs douleurs spontanées. On peut d'ailleurs les reproduire assez souvent à la même place par une pression plus ou moins forte de la main. Elles siègent assez nettement sur le trajet des plexus nerveux situés autour du tronc cœliaque ou de l'aorte abdominale. Elles ont une fixité remarquable, et, sauf la nature et l'intensité, elles ont toujours le même siège.

« Les irradiations de la douleur gastrique méritent d'être étudiées avec soin : celles-ci sont limitées à certaines régions, ce qui permet de les distinguer des névralgies abdominales dues à la souffrance d'autres organes. La gastralgie irradie le plus souvent en haut vers la partie antérieure de la poitrine... La douleur gastralgique irradie encore souvent dans le dos, dans un point situé à peu près sur le mê-

me plan que la douleur épigastrique. C'est la douleur en broche de Cruveilhier ».

Plus loin, Soupault distingue cette douleur d'origine stomacale, des douleurs de la lithiase hépatique, des coliques intestinales, des douleurs du côlon transverse, des douleurs néphrétiques ou pancréatiques. Il existerait un point, une région dont la douleur révélerait l'existence d'une gastropathie. La douleur épigastrique, la coëlialgie, serait donc l'indice d'une maladie de l'estomac.

Actuellement, on tend plutôt à penser que la douleur solaire est un symptôme banal, qu'elle répond uniquement à l'irritation du plexus nerveux solaire et qu'elle peut se manifester au cours d'affections abdominales diverses n'intéressant pas l'estomac. C'est ainsi que dans une appendicite ou dans une colite chronique, les malades peuvent accuser, subjectivement et à l'examen, une douleur épigastrique, sans pour cela que l'estomac soit en cause, sinon, parfois, par voie réflexe.

La localisation et les irradiations de la douleur sont donc insuffisantes dans beaucoup de cas, pour étayer un diagnostic d'affection gastrique.

C'est alors que l'on s'adresse à l'Horaire de la douleur, à l'étude de la « journée du gastropathe », selon l'expression de Soupault.

Déjà Cruveilhier avait été frappé du rythme de certaines douleurs gastriques, rythme réglé le plus souvent par les heures des repas ; et pour Cruveilhier

toute douleur survenant 3 à 4 heures après le repas, se répétant ainsi tous les jours de façon régulière, était symptomatique d'ulcus.

MATHIEU étudia minutieusement ce rythme des douleurs et décrivit la journée du dyspeptique avec ses différentes modalités :

Les manifestations douloureuses sont analysées dès le réveil du matin. Y a-t-il des douleurs quand l'estomac est vide ? Est-ce au lit que le malade souffre ou bien ne commence-t-il à souffrir que quand il est debout ? Y a-t-il des douleurs dans la matinée et quel est leur horaire ? Sont-elles seulement calmées par le repas de midi ? A quelle heure la douleur revient-elle dans l'après-midi ? Qu'est-ce qui la calme ? Quelle est sa durée habituelle ? Le malade souffre-t-il la nuit ? Dans son lit ? A quelle heure ? Est-il réveillé par sa douleur ?

Toutes les réponses obtenues à ces questions permettent de constituer un tableau de la journée du dyspeptique utile pour l'établissement du diagnostic.

Les auteurs classiques, Hayem, Mathieu, Soupault et Hartmann, accordent une importance capitale à cet horaire de la douleur : pour eux, il existe des malades qui souffrent de façon irrégulière, sans rythme dans la journée ; d'autres, qui souffrent toute la journée ; d'autres, enfin, qui ont un rythme, c'est dans ce groupe qu'entrent les ulcéreux.

« Il est d'une importance capitale pour le diagnostic, dit Soupault, de bien fixer dans quelles condi-

tions de temps se produisent les douleurs. On peut les distinguer pour la commodité de la description en gastralgiques et dyspeptiques.

« Les *douleurs gastralgiques* dans leur forme la plus typique se manifestent par accès, par crises paroxystiques qu'on désigne sous le nom de crises gastriques.

« Les caractères généraux de ces gastropathies sont de débiter avec brusquerie, de se manifester, sans discontinuer, pendant une période de temps plus ou moins longue, de se produire en dehors de l'ingestion des aliments qui d'ailleurs les exaspère et devient impossible, enfin de se terminer brusquement après une durée plus ou moins longue.

« Dans l'intervalle de ces crises, tantôt l'état gastrique est tout à fait satisfaisant et tantôt il existe des manifestations dyspeptiques de tous ordres et d'intensité variable.

« Ces crises gastriques qui s'accompagnent le plus souvent de vomissements, ont été décrites sous des noms différents : vomissements périodiques, vomissements cycliques. Le type en a été admirablement étudié par Buzzard et Charcot dans le tabès ; on le rencontre encore chez les hystériques, les neurasthéniques, chez les basedowiens, certains névropathes sans étiquette bien précise. On les trouve encore dans beaucoup d'affections des organes cérébro-spinaux. Elles sont souvent d'origine réflexe dues à une affection hépatique (lithiasé biliaire ou foie dé-

placé), à une affection rénale (rein mobile, lithiase rénale), à l'appendicite, à des vers intestinaux, à l'entéroptose, à des affections utéro-ovariennes ou à la grossesse. Enfin, elles se montrent parfois à l'état d'épisodes aigus dans des affections stomacales : gastrosuccorrhée, ulcus, cancer, parfois dyspepsie nerveuse.

« On voit donc qu'elles peuvent éclater dans une foule de circonstances et, comme conclusions, nous ferons remarquer qu'il faut avoir soin, quand on les observe, d'en rechercher avec soin la cause ; en effet, de ce diagnostic étiologique dépendent et le pronostic et le traitement.

« La gastralgie ne se présente pas toujours avec les allures dramatiques, tapageuses même de la crise gastrique. Elle a souvent des allures plus modestes, mais alors elle s'installe à l'état chronique. Son caractère principal, c'est de se montrer à tous moments du nyctémère sans régularité, sans relation avec les repas, avec des variations bizarres d'intensité et de temps ressortissant à des influences physiques et morales.

« Ces variations, cette indépendance d'allures constituent pour ainsi dire, la marque de leur caractère névropathique. Cette gastralgie chronique est en effet l'apanage des hystériques et des névropathes de toute catégorie. Elle n'a souvent rien de commun avec la dyspepsie. C'est une algie localisée au creux de l'estomac et dont le siège est, peut-être, comme l'a dit le premier, Leven, dans le plexus so-

laire beaucoup plus que dans le ventricule lui-même. La cause primordiale en est dans le tempérament nerveux et elle peut être provoquée par une foule de causes extérieures ou inhérentes à l'individu. »

Dans ces accès, dans ces crises gastralgiques, Soupault fait donc entrer les ulcus, le cancer, les dyspepsies nerveuses, etc... Ainsi comprises, les crises gastralgiques seraient actuellement d'un faible secours pour l'établissement du diagnostic différentiel des diverses maladies de l'estomac.

Plus loin, Soupault parle des *douleurs dyspeptiques* qu'il sépare ainsi des douleurs gastralgiques. Elles sont caractérisées par ce fait que nulles ou très faibles à jeun, elles s'exagèrent très nettement par l'alimentation. « Ces sensations pénibles apparaissent plus ou moins tard après les repas, et le moment de leur apparition doit être noté avec soin. Certains malades accusent des douleurs immédiatement après la déglutition ». Soupault les appelle douleurs dysphagiques d'origine œsophagienne. D'autres malades souffrent quelques minutes à 1/4 d'heure après le repas, ce sont des douleurs par contact dues à l'hyperesthésie. Elles sont une manifestation fréquente du tempérament nerveux et se présentent chez les hystériques, les neurasthéniques, elles s'observent souvent, aussi, dans les gastrites toxiques subaiguës, alcooliques, par exemple. « En-

fin beaucoup d'auteurs la considèrent comme donnant une très forte présomption en faveur de l'ulcère. Nous ne saurions, dit Soupault, partager cet avis. En dehors de cas très rares où la lésion occupe le voisinage immédiat du cardia, nous affirmons que la douleur de l'ulcère est rarement précoce, qu'elle éclate, au contraire, en général, assez tardivement, ce qui s'explique par son siège très fréquent dans la région du pylore ». Soupault étudie ensuite les douleurs survenant quelques temps après les repas et distingue les douleurs semi-tardives et tardives, ces dernières étant, pour lui, pathognomoniques de sténose du pylore organique ou fonctionnelle.

BOUVERET, MATHIEU, HAYEM, ROBIN considéraient ces douleurs comme dues à l'*hyperchlorhydrie*. L'hyperchlorhydrie constituait une maladie propre qui avait sa symptomatologie et son traitement, quand elle ne décelait pas, ce qui semblait à ces auteurs très fréquent, un ulcère d'estomac.

Le syndrome tardif de Reichmann était donc ainsi considéré comme une manifestation d'hyperchlorhydrie gastrique.

On remarquait, en outre, que chez les malades atteints de formes typiques d'hyperchlorhydrie et d'hypersecrétion avec douleurs tardives très nettes, la dyspepsie évoluait souvent par crises périodiques séparées par des rémissions d'ordinaire incomplètes, mais parfois tout à fait complètes. Ces rémissions

équivalant presque à des guérisons étaient souvent fort longues. Ces variations dans le cours de la maladie reflétaient, d'après ces auteurs, les variations dans le taux d'acidité gastrique.

Cette hyperchlorhydrie étant une manifestation très fréquente de l'ulcus gastrique, à la pathogénie duquel, d'ailleurs, elle prenait part, on s'expliquait que le syndrome de Reichmann fût si souvent l'indice de l'existence d'un ulcère et les auteurs, remarquant la périodicité d'évolution de la maladie, la mettaient également sur le compte des variations de l'hyperchlorhydrie.

Soupault et Hartmann ayant repris la question montrèrent, par de nombreuses interventions chirurgicales, que ce syndrome était en réalité dû à une sténose fonctionnelle ou organique du pylore.

Le syndrome dyspeptique tardif devenait ainsi l'équivalent de sténose ou spasme du pylore.

Cette opinion est actuellement devenue classique et admise par la majorité des auteurs contemporains.

Si nous résumons les notions acquises sur l'horaire de la douleur, nous voyons qu'on les divise en douleurs sans rythme et douleurs rythmées par les repas, ce second groupe se subdivisant lui-même en douleurs immédiates précoces, semi-tardives et tardives.

Peut-on, sur l'analyse de cet horaire, arriver à orienter un diagnostic étiologique de l'affection gastrique en cause?

Certes, les douleurs sans horaire sont rangées par la majorité des auteurs dans les groupes vagues des dyspepsies nerveuses. Mais nous avons vu certains auteurs introduire l'ulcère d'estomac dans les douleurs sans rythme des gastralgies.

Les douleurs à horaire rythmé par les repas signifient-elles maladies organiques de l'estomac ? La majorité des auteurs le pensent. Cruveilhier disait que dans l'ulcère la douleur était précoce. Soupault et beaucoup d'auteurs à sa suite, ont fait, au contraire, de la douleur tardive, l'apanage presque constant de l'ulcère et ils l'expliquent par la fréquence très grande du siège juxta-pylorique de la lésion.

L'introduction du symptôme « douleur tardive » en pathologie gastrique fut certes un très grand progrès dans la connaissance des troubles de l'estomac. Mais il faut pourtant faire remarquer que cette douleur tardive n'est que le signe d'un spasme pylorique et que le spasme pylorique n'est pas un symptôme particulier à l'ulcus.

Le spasme du pylore apparaît, en réalité, comme un symptôme très banal en pathologie digestive et actuellement on sait que l'on peut rencontrer ce syndrome, qui se manifeste subjectivement par la douleur tardive dans une foule d'affections : il existe, certes, avec une fréquence extrême, dans l'ulcère du pylore mais on peut le voir également dans l'ulcère de la petite courbure ou du duodénum ; on le constate dans les gastrites, les dyspepsies hyperthéniques simples ; il se produit par voie réflexe chez

les ptosés, les vésiculaires, le fibrome, les annexites, etc. Enriquez, Gosset, ont insisté sur sa fréquence spéciale dans l'appendicite.

Ce que l'on peut conclure, c'est que s'il est intéressant et utile de connaître le rythme journalier des douleurs chez un dyspeptique, l'étude de ce rythme ne saurait suffire à établir un diagnostic étiologique, à permettre de définir la lésion dont l'organe est atteint.

Si nous reprenons tous les caractères de la douleur dans les affections gastriques, nous voyons que ni la nature, ni l'intensité, ni le siège et les irradiations, ni l'horaire journalier n'arrivent à orienter suffisamment le diagnostic causal.

Peut-on trouver dans les modalités de la douleur un autre caractère plus constant que les précédents permettant plus sûrement d'aiguiller le diagnostic?

Nous voudrions essayer de montrer que ce caractère semble exister *dans la périodicité des douleurs considérées non plus pendant la journée, mais pendant l'année*, ou pour reprendre une expression de R. A. Gulmann, dans « l'année du dyspeptique » dont l'étude pourrait ainsi venir s'ajouter à la « journée du dyspeptique ».

CHAPITRE II

Le rythme dans l'année des douleurs gastriques

1° LE RYTHME DOULOUREUX DANS L'ULCUS

La majorité des auteurs se sont préoccupés d'étudier le rythme d'évolution des douleurs épigastriques.

En particulier, *presque* tous constatent les alternatives de mieux et de pire qui caractérisent l'évolution de l'ulcère.

Mais a-t-on donné assez d'importance à ce véritable « symptôme » ? C'est ce que nous allons discuter après avoir passé en revue chronologiquement les descriptions des principaux auteurs, dont beaucoup, nous le verrons, signalent l'évolution par crises, mais en la plaçant avec d'autres évolutions, non périodiques, subcontinues, c'est-à-dire sans lui donner la valeur primordiale qu'elle mérite et sans insister sur les caractères si spéciaux de cette crise.

CRUVEILHIER, quand il décrit la maladie qui porte son nom, se préoccupa fort peu de la périodicité des douleurs dans l'année, et c'est à peine s'il le signale. Pour Cruveilhier, l'ulcère est une maladie chronique sans tendance naturelle à la guérison, caractérisée par des douleurs en broche, transfixiantes, en général très aiguës et rythmées par les repas, par des vomissements et des hématomèses. Aucune place n'est réservée dans cette sémiologie à la périodicité des douleurs.

BUCQUOY, dans son mémoire classique de 1887 sur l'ulcère du duodénum, signale, dans les observations qui lui ont servi à décrire la sémiologie de l'ulcus, l'évolution par périodes des signes gastriques et des enterorragies, mais il n'est pas assez frappé par ce caractère pour lui attribuer une valeur primordiale.

Et cependant, cette évolution périodique s'impose tellement, sa netteté est si manifeste qu'elle oblige l'auteur à la consigner. Toutefois, il ne s'en servira pas pour établir le diagnostic d'ulcus et le différencier des autres dyspepsies. Dans l'auto-observation du commandant d'artillerie (observation 3), on lit pourtant déjà, exposé avec précision, le caractère primordial de la crise de l'ulcus : « Ces douleurs étaient intermittentes, dit le malade. Après avoir duré 15 jours à un mois, elles disparaissaient pendant 1, 2 ou 3 mois, puis elles recommençaient ».

A propos de cette observation, et discutant le pro-

nostic, Bucquoy termine en disant : « L'état très satisfaisant du malade nous a autorisé à le regarder comme guéri. Cette guérison est-elle certaine et est-elle définitive ? Nous pouvons l'espérer, je ne suis pas en droit de l'affirmer, car s'il n'est pas douteux que l'ulcère duodénal soit en voie de cicatrisation ou même cicatrisé, l'expérience nous apprend que la guérison peut n'être que momentanée. En faisant l'étude de cette maladie nous verrons que souvent d'autres ulcérations se produisent dans le voisinage de la première ». Plus loin, analysant la douleur, Busquoy, écrit : « Rarement les douleurs ont un caractère continu ; elles reviennent ordinairement de temps à autre sous forme de crises plus ou moins violentes et se manifestent souvent un peu après le repas à la fin de la digestion stomacale... Ces accidents sont, en général, de courte durée, mais très sujets à récidiver à des intervalles plus ou moins éloignés..... On ne se hâtera pas de proclamer la guérison de l'ulcère duodénal, car il ne faut pas oublier qu'il peut rester latent pendant de longues périodes et que même après cicatrisation il est sujet à récidiver ».

DIEULAFOY, dans l'édition de 1894, de son Manuel de Pathologie Interne, écrit à propos de la sémiologie de l'ulcère rond : « Après une période plus ou moins longue pendant laquelle le malade n'accuse que des troubles dyspeptiques sans caractère spécial, apparaissent des symptômes qui par leur caractère ont une valeur considérable : ces symptômes sont la

douleur et le vomissement. La douleur généralement circonscrite à la région xiphoïdienne du sternum (point xiphoïdien) est presque toujours accompagnée d'une douleur correspondante du rachis au niveau de la 1^{re} vertèbre lombaire (point rachidien, Cruveilhier) ; cette douleur mordicante et térébrante revient, par accès, plusieurs fois par jour ou à intervalles plus éloignés.

« J'ai vu des malades chez lesquels ces douleurs comparables aux plus vives brûlures devenaient une véritable torture qu'ils n'arrivaient à calmer qu'en faisant, pendant des mois, un abus immodéré d'injections de morphine ».

Telle est la symptomatologie de la douleur dans l'ulcère rond décrit par Dieulafoy. Au diagnostic, il s'exprime ainsi : « Des douleurs gastralgiques violentes avec localisation xiphoïdienne et rachidienne, des vomissements succédant plus ou moins vite à l'ingestion des aliments, des hémorragies stomacales abondantes et répétées avec ou sans mœlena, l'absence de tumeur à l'épigastre permettent de soupçonner et presque d'affirmer l'existence de l'ulcère ».

On le voit, aucune mention n'est faite, nulle part, de l'évolution par périodes dans l'établissement de ce diagnostic.

Décrivant la symptomatologie de l'ulcère simple, HAYEM insiste davantage sur la périodicité, sans, tou-

tefois, la mettre au premier plan : « Le développement de l'ulcère est parfois fort insidieux et alors brusquement apparaît une hématomèse ou la perforation.

« Bien plus souvent, c'est dans le cours d'une gastrite chronique à forme hyperpeptique avec ou sans phénomène douloureux qu'on voit apparaître les signes de l'ulcus. Tantôt les symptômes s'accroissent progressivement et la douleur et les vomissements prennent les caractères particuliers à cette affection tantôt une hématomèse survient.

« D'autres malades présentent, pendant plusieurs années, tous les signes de la gastrite hyperpeptique avec hypersécrétion post-digestive, sans qu'il soit possible d'affirmer, d'une façon absolue, l'existence de l'ulcère...

« ... Dans le plus grand nombre de cas l'affection est constituée par une série de phases d'accalmie et d'activité. Les phases d'accalmie peuvent être assez longues et assez complètes pour donner, pendant leur durée, l'illusion de la guérison. D'autres fois, les malades restent constamment des dyspeptiques hyperpeptiques, souffrant surtout à l'occasion des écarts de régime et accusant alors des douleurs du type des douleurs tardives. Les phases d'activité ou s'installent progressivement ou éclatent plus ou moins longuement à la suite d'une imprudence quelconque ou sans cause appréciable ».

SOUPAULT écrit en 1906, faisant l'examen des douleurs épigastriques en général : « Chez beaucoup de malades, la gastropathie évolue par périodes plus ou moins espacées, plus ou moins intenses et de durée plus ou moins longue.

« Parfois, dans leur intervalle tout trouble dyspeptique disparaît complètement et le retour à la santé est absolu sans qu'il soit nécessaire de prendre aucun ménagement. Mais souvent aussi l'estomac peut être délicat, susceptible, demandant un traitement et un régime sévère sous peine de se révolter. D'ailleurs, on voit le plus souvent les périodes d'intermittence s'espacer et devenir moins longues et les crises augmenter au contraire de fréquence et de gravité. Cette évolution morbide est surtout fréquente dans les gastropathies à lésions, dans lesquelles le système nerveux joue un rôle important : elle est la règle dans la maladie de Reichmann qui n'est, en somme, qu'une forme fruste de l'ulcère rond de Cruveilhier et qui peut évoluer de cette façon pendant plus de 10 ou 15 ans et plus.....

« Les troubles stomacaux peuvent se montrer sous forme de crises gastriques dont la caractéristique est d'éclater brusquement, d'avoir des allures tapageuses, même dramatiques. »

Ces crises sont dues, pour Soupault, à des lésions du système nerveux central ou des névroses ou à la lithiase biliaire.

« Enfin, l'affection gastrique se présente comme une maladie continue, progressive, presque sans ré-

mission ». C'est le cas des cancers des sténoses orificielles.

On lit plus loin, à propos de l'évolution de l'ulcère simple :

« L'évolution de l'ulcère simple est plus ou moins rapide. Certains ulcères à marche aiguë peuvent déterminer la mort sans autres symptômes qu'une hémorragie profuse ou une perforation foudroyante. C'est là, heureusement, l'exception et la marche de l'ulcère chronique et d'ordinaire assez lente. Il n'est pas rare de voir la maladie durer 15, 20 ans et plus, présentant d'ordinaire des périodes de rémission dont quelques-unes équivalent à la guérison, et d'exacerbation. »

Pour Soupault, on observe avec une très grande fréquence dans l'ulcère, des douleurs tardives, ces douleurs tardives équivalent à syndrome pylorique et l'ulcère d'estomac siégeant dans la grosse majorité des cas au pylore, détermine un syndrome pylorique.

Soupault remarque donc que l'ulcère du pylore a de remarquables alternances de sédation et de reprise. Mais il l'explique par le rôle de l'élément spasmodique venu se surajouter à l'élément anatomique de la sténose (élément anatomique qui peut parfois même être totalement absent, c'est-à-dire que le calibre et la souplesse du canal sont intacts et que seul le spasme produit la sténose). Suivant l'intensité plus ou moins grande du spasme les éléments du syndrome pylorique prennent plus ou moins d'im-

portance, existent ou n'existent pas et ainsi s'expliqueraient les alternatives de mieux et de pire.

Pour MATHIEU, les signes caractéristiques de l'ulcus sont ceux d'une dyspepsie douloureuse avec souvent même des crises gastralgiques intenses et des périodes paroxystiques avec vomissements d'hyper-sécrétion.

Mais ces signes de dyspepsie douloureuse ne peuvent pour Mathieu être pathognomoniques de l'ulcus, puisqu'on les retrouve dans un grand nombre d'affections; aussi est-il impossible, dans un grand nombre de cas, de dire à quel moment l'ulcère a véritablement débuté, à quel moment il a succédé à la dyspepsie et à la gastrite et l'auteur ajoute : « L'hémorragie étant un des meilleurs signes de probabilité de l'ulcus, le diagnostic de cette maladie reste souvent incertain tant que le sang n'a pas été constaté dans les vomissements ou les selles. Si l'ulcus peut être présumé avec un grand degré de probabilité en l'absence de toute hémorragie reconnue, lorsqu'il existe un syndrome de Reichmann très net ou encore lorsque se produisent des complications telles que la perforation ou la périgastrite, il n'en est pas de même en dehors de ces conditions. »

« Assez souvent l'intensité et la persistance des douleurs tardives peuvent faire soupçonner l'existence d'un ulcère mais il persiste une incertitude que la constatation de l'hyperchlorhydrie ne lève pas complètement. »

On lit dans la dernière édition du traité de MA-

THIEU et J. CH. ROUX; sous le titre : « La forme commune de l'ulcus gastrique :

« Une forme de l'ulcus est d'une netteté, d'une précision schématiques. Elle se présente avec des caractères bien délimités, un syndrome bien spécial. Ce syndrome est constitué essentiellement par de la *dyspepsie douloureuse*, par des *vomissements surtout* — et c'est là le fait caractéristique qui sert souvent de repère principal pour le diagnostic — par des *hémorragies qui sont susceptibles* de se révéler soit par une hématomèse soit par du mœlena. A la connaissance de cet ensemble légué par nos prédécesseurs, on a ajouté, dans ces derniers temps, la notion de *l'hypersécrétion chlorhydrique* dont la fréquence est considérable chez les ulcéreux et celle des crises *pyloro-spasmodiques*. Lorsqu'un malade de cet ordre se présente à nous avec des douleurs intenses, avec une grande intolérance pour les aliments, avec des vomissements, surtout avec des hémorragies, nous n'hésitons guère à diagnostiquer l'ulcus. Nous n'hésitons pas surtout lorsqu'il s'agit d'un sujet encore jeune qui a conservé son appétit, qui n'a pas maigri, qui ne s'est pas cachectisé autant qu'un néoplasique et qui n'a pas eu, comme ce dernier, cette sensation d'inappétence pour la viande, qui a une importance si grande dans le diagnostic du cancer de l'estomac. » Il n'est pas question, dans cette définition, du rythme des douleurs, de la périodicité ; et pourtant c'est cette périodicité remarquable des douleurs qui donne à l'ulcus cette netteté et cette précision schématiques dont parle J. Ch. Roux.

Cet auteur cite bien plus loin cette périodicité des douleurs, mais il n'en parle que pour le pronostic. Il la considère comme une donnée capitale qu'il faut connaître, mais seulement à propos de l'évolution de l'ulcus. Nous voulons essayer de montrer que ce caractère évolutif est un véritable « symptôme » dont l'importance prime celle des autres.

Dans les publications de ces toutes dernières années ayant trait à la symptomatologie et au diagnostic des affections gastriques et en particulier des ulcus, beaucoup d'auteurs signalent avec plus ou moins d'insistance la périodicité d'évolution.

Parmi ceux qui la définissent avec le plus de netteté, il faut citer MOYNIHAN, qui écrit le premier :

« L'ulcère se révèle par des symptômes dont le caractère essentiel est l'alternance de la maladie et de la santé ; autrement dit, le syndrome de l'ulcus est constitué par les périodes de crise séparées par des intervalles de calme et de guérison apparente ».

Dans leur dernier article (traité de *Pathologie Interne*, tome I, *Enriquez*), la périodicité des douleurs est nettement signalée par *Enriquez et Durand* : « Si aucun des éléments du syndrome dyspeptique de l'ulcère n'est propre à cette lésion, disent ces auteurs, en revanche la périodicité des crises douloureuses, avec ou sans vomissements, est un des plus sûrs éléments du diagnostic d'ulcère, même en l'absence d'hémorragie. Il n'y a guère que dans l'ulcère

gastrique ou duodénal que l'on observe dans toute sa netteté la périodicité des crises avec des phases intercalaires de sédation tranchée ».

Par contre, cette notion capitale n'est pas signalée par beaucoup d'auteurs. Il y a des traités classiques modernes où la périodicité n'est même pas notée.

Il y a même des auteurs qui semblent considérer l'intermittence des douleurs comme un signe de non organicité. Ainsi, nous relevons dans un article de Matignon, à propos des douleurs tardives, de la faim douloureuse et de leur interprétation clinique : « Elles ont (les douleurs tardives), pour un même sujet, un caractère de fixité assez net. Il est rare que chez le même patient on les observe le matin, dans l'après-midi et pendant la nuit. Elles surviennent par périodes, durent au maximum quelques semaines, disparaissent puis reviennent. Ce caractère d'instabilité a sa valeur diagnostique, car il doit, à priori, faire écarter l'idée d'une lésion organique ».

Nous venons de passer en revue les descriptions des auteurs touchant au rythme d'évolution de la douleur dans les ulcères de l'estomac. Comme on le voit, la majorité des auteurs se préoccupe de ce rythme et signale avec plus ou moins de détails ses particularités. Il ne nous semble pas cependant qu'on lui ait donné, sauf les exceptions citées, l'importance qu'à notre avis il paraît mériter, importance diagnostique au premier chef, car c'est lui qui, mieux que tout autre signe et avec une bien plus

grande fidélité semble qualifié pour authentifier l'origine d'une douleur épigastrique.

2° LE RYTHME DOULOUREUX DANS LES AUTRES DYSPEPSIES

Ce travail d'analyse que nous venons de faire pour les douleurs de l'ulcus, nous pourrions le faire pour les autres syndromes douloureux épigastriques.

Les douleurs de la cholécystite se présentent souvent aussi, nous le verrons, avec un rythme particulier. Pourtant, en général, ce caractère n'est pas mis en valeur, et l'on insiste peu habituellement sur le caractère court si frappant de beaucoup de crises vésiculaires. Dans de tous récents articles sur les douleurs vésiculaires, on a étudié dans les douleurs vésiculaires leur localisation, leur irradiation, leur caractère, leur rythme dans la journée sans faire allusion à leur périodicité si frappante souvent, crises de 2 ou 3 jours séparées par de longs intervalles.

Dans les diverses dyspepsies, dyspepsies hyper ou hyposthéniques, dyspepsies réflexes secondaires, dyspepsies des ptosés, dyspepsies d'origine appendiculaire, le caractère spécial tiré de l'évolution de la maladie est toujours négligé au profit de l'analyse des caractères de l'irradiation, de l'horaire dans la journée ; ni la lecture des observations publiées ni celle des traités ne renseignent sur cette évolution.

3° VALEUR GÉNÉRALE DU RYTHME DES DOULEURS EN PATHOLOGIE GASTRIQUE

Comme nous l'écrivions au début, ni la nature, ni l'intensité de la douleur, ni son siège, ni ses irradiations ne paraissent fournir d'éléments assez solides pour étayer le diagnostic.

Nous avons discuté plus longuement l'horaire, car son importance est grande aux yeux de la majorité des auteurs. Ceux-ci insistent sur la grosse valeur que présentent les douleurs tardives, rythmées par les repas revenant régulièrement aux mêmes heures dans le diagnostic de l'ulcère. Toute la faveur donnée à ce signe fait que l'on rejette souvent au second plan la périodicité de la douleur non plus journalière, mais dans l'année.

Nous avons discuté la valeur de l'horaire journalier tardif. Il n'indique pas un ulcère ou une autre maladie, mais traduit le spasme du pylore dont les origines sont multiples. Son existence conduit à une étape du diagnostic, elle ne peut permettre à celui-ci d'aboutir. Pour rapprocher du diagnostic précis de la lésion, une modalité de la douleur doit être étudiée avec le plus grand soin, c'est son *rythme dans l'année*.

En effet, le rythme dans l'année des douleurs dyspeptiques est différent pour chaque groupe de syndromes douloureux épigastriques. A l'inverse de la

douleur tardive, il ne renseigne pas seulement sur un symptôme de mécanique gastrique dû à plusieurs causes. Il traduit souvent la nature même de l'affection.

C'est donc à l'étude de ce rythme que nous nous attacherons avant tout.

Envisageant ainsi la question, on est conduit à diviser les douleurs dans l'année du dyspeptique en 2 grandes classes : d'un côté nous trouvons les malades qui ne présentent aucun rythme dans l'année, de l'autre les malades présentant un rythme des douleurs dans l'année.

Par douleurs présentant un rythme, nous entendons des douleurs survenant par périodes durant à peu près constamment le même nombre de jours ou de semaines pour chaque période avec, entre les crises, un intervalle libre d'au moins plusieurs semaines pendant lesquelles le malade ne souffre pas ou d'une façon insignifiante.

Il nous paraît capital de souligner que pour qu'il s'agisse d'une véritable évolution périodique, il faut :

1° Que les périodes de crise soient toutes à peu près homologues, comparables entre elles.

2° Qu'elles n'excèdent environ pas un mois.

3° Que l'intervalle de bonne santé, variable certes dans sa durée suivant les moments de la maladie soit en tous cas beaucoup plus long que la période de crise.

Ainsi nous éliminons de ce groupe les malades qui souffrent d'une façon interrompue avec des améliorations qui, comme nous le verrons plus loin, sont dues à des causes diverses.

CHAPITRE III

Essai de systématisation des douleurs épigastriques basées sur leur rythme dans l'année

Nous avons vu, dans le chapitre précédent, l'importance qu'on doit accorder au rythme des douleurs épigastriques dans l'année et nous avons dit qu'on pouvait établir entre elles une première division fondamentale en douleurs non périodiques et douleurs périodiques.

Ainsi se constituent deux grands cadres dans lesquels pourraient se placer les différentes affections. Dans chacun de ces grands cadres, des subdivisions pourront être établies grâce à l'étude de l'horaire journalier des douleurs, de leur intensité, de leur variation d'un jour à l'autre, grâce à l'étude des durées des périodes de crise et des intervalles qui les séparent.

A ces deux groupes essentiels il faut enfin ajouter le groupe des douleurs survenant sous formes de grandes crises isolées, que nous ne ferons que signaler.

I

Douleur sans périodicité vraie dans l'année

A) DOULEURS QUOTIDIENNES, CHAQUE JOUR ÉGALES, CONTINUES.

Les malades de cette catégorie souffrent tous les jours et toute la journée. Leurs douleurs ne varient pas ou presque pas d'un jour à l'autre. L'influence des repas existe, mais est peu marquée.

On peut classer dans cette catégorie :

1° Les malades atteints de péritiviscérite avancée

Il s'agit soit d'anciens opérés qui au niveau du foyer de leur opération ont créé des adhérences péritonéales qui tiraillent, enserrant les organes sous-jacents, irritent les plexus nerveux et donnent lieu à ces douleurs continues, sans horaire, soit des sujets présentant, au niveau d'un organe intra-péritonéal, une infection, appendicite ou cholécystite, annexite, etc... La séreuse réagit à cette infection sous-jacente, des adhérences se créent, souvent favorisées par

l'inflammation de l'épiploon qui véhicule au loin l'infection (épiploïte progressive).

Les malades présentant ces syndromes sont très nombreux. C'est chez eux que l'on observe ces douleurs quotidiennes, chaque jour égales, continues.

Exemples d'observations de périviscérite.

Périviscérite post-opératoire

Mme V... 30 ans.

Malade opérée en 1917 : Hystérectomie et appendicectomie.

En 1918, présente des troubles gastriques que le port d'une ceinture à pelote améliore sans les supprimer complètement.

Cette malade est vue pour la 1^{re} fois à la Salpêtrière le 27 octobre 1923. Elle se plaint de *douleurs gastriques constantes, durant du matin au soir, tous les jours, toute la journée*. Ce sont des crampes, des brûlures ou une simple pesanteur. La douleur n'est pas calmée par le repas. Elle augmente au contraire 2 heures après.

Ces troubles durent sans périodes de répit depuis 1918.

Amaigrissement de 5 kilos. Constipation.

2^e intervention le 1^{er} février 1924 (M. le Pr Gosset) : Estomac normal sans ulcère ; rien au duodénum. Vésicule normale. *Tout l'épiploon adhère à la grande courbure*, on le libère et on le résèque en le liant en plusieurs paquets au catgut.

Fragment d'épiploon examiné bactériologiquement (M. le Dr Rouché) : staphylocoque ; histologiquement rien à signaler à part une légère densification de la trame conjonctivo-vasculaire (Dr Bertrand).

Autre observation :

Périduodénite par appendicite chronique

V... Fernand.

Souffre de l'estomac depuis 1917. Au début et pendant 1

ou 2 ans le malade a des douleurs rythmées par les repas consistant en tiraillements, lourdeurs, brûlures.

Puis l'horaire des douleurs disparaît et fait place à un *état douloureux continu*.

Le malade mis au régime n'est pas amélioré.

Il est vu à la Salpêtrière pour la 1^{re} fois le 22 septembre 1924. A ce moment il a toujours ses douleurs gastriques continues du matin au soir et de plus, depuis 8 jours, il vomit régulièrement au milieu des repas.

Des radiographies en série faites à cette époque montrent : un estomac un peu oblique, attiré vers la droite mais de dimensions normales, sans image de lésion organique des parois. Le duodénum par contre n'est pas régulier. Sa petite courbure est constamment floue, entaillée, déchiquetée sur tous les clichés.

Après avoir soumis le malade à une série de piqûres d'atropine pour éliminer le spasme, on refait des radiographies et la même image persiste sur la petite courbure du bulbe.

Dans ces conditions on pose le diagnostic de périoduodénite et on décide de faire opérer le malade :

Intervention le 22 octobre 1924. (M. le P^r Gosset) : montre une *périoduodénite très marquée* unissant la vésicule (saine) au bord supérieur et à la face antérieure du duodénum. L'estomac exploré ne présente rien d'anormal.

On va à l'appendice qui se montre malade et qu'on enlève.

Au point de vue de l'évolution des douleurs, on peut interpréter ainsi cette observation : Les douleurs intermittentes à horaire fixe, du début étaient dues à une dyspepsie réflexe d'origine appendiculaire. Lorsque la périviscérite, la périoduodénite firent leur apparition, elles firent place à l'état douloureux continu qui est le propre de ces lésions.

Autre observation :

Périviscérite post-opératoire

An... Augustine, 47 ans.

Malade opérée une première fois pour cholécystite.

Souffre après l'opération. 2° intervention : *libération d'adhérences nombreuses* du carrefour, appendicectomie.

Après cette 2° intervention, la malade continue à souffrir comme après la première : Douleurs à l'estomac irradiant dans tout le ventre *durant toute la journée, se répétant tous les jours* avec une intensité à peu près toujours égale.

A l'examen, la malade se présente penchée en avant, car elle souffre quand elle se redresse.

On pose le diagnostic de récurrence d'adhérences. Une nouvelle opération ne pouvant qu'aggraver son état, on conseille des séances de diathermie qui améliorent la malade.

2° *Les malades ayant un ulcère ou un cancer*

EXTÉRIORISÉS

A propos de ces malades il y a lieu de rappeler toute l'importance qu'on doit attacher à l'anamnèse lointaine et récente de la douleur.

Certains malades, quand on les interroge, répondent qu'ils souffrent tous les jours sans périodicité. Il faut alors insister et tâcher de forcer, en quelque sorte, leur mémoire pour obtenir des renseignements sur le véritable début de la maladie et les modalités de la douleur *dans les premières années de l'affection*. La tâche est parfois ardue, car le début de

ces douleurs, en particulier dans l'ulcus, peut remonter à 15 ou 20 ans, mais l'importance du renseignement est assez grande pour justifier l'insistance mise à l'obtenir.

Quand il s'agit de cancer, le début de la maladie est en général très insidieux et les malades souffrent d'ailleurs peu depuis le début de leurs douleurs d'une façon journalière et sans périodicité.

Dans le cas d'ulcère, au contraire, l'histoire de la maladie est longue. Tant que l'ulcère ne s'est pas extériorisé, les malades pendant de longues années, souffrent de la façon périodique spéciale à cette affection dont nous avons déjà parlé et dont nous donnerons plus loin des exemples. Dès que l'ulcère s'extériorise, les crises perdent de leur netteté, se rapprochent, la périodicité finit par disparaître, faisant place à un état continu. L'horaire de la douleur n'est plus aussi net ; si les malades souffrent plus intensément après les repas, ils souffrent également en dehors des périodes post-prandiales, les douleurs sont devenues continues dans la journée et dans l'année.

3° *Malades atteints de lésions extra-viscérales quelles qu'elles soient : tuberculoses péritonéales guéries, bacilloses fibreuses évolutives, séquelles d'abcès périgastriques ou péri-intestinaux.*

Ce groupe des malades à douleurs quotidiennes, chaque jour égales, continues — qui se présentent

en clinique sous les différentes étiquettes que nous venons de réunir — paraît caractérisé : « par des lésions organiques touchant le système végétatif abdominal. Dans les cas que nous venons d'examiner ce sont les troncs nerveux paraviscéraux ou les plexus qui sont atteints. Mais les douleurs sont les mêmes lorsque la lésion porte plus haut, par exemple, à ce carrefour méningo-périosté si inflammable où les filets sympathiques abordent les racines. Ainsi souffrent, par exemple, les syphilitiques non tabétiques que Bouchut et Lamy ont très bien étudiés sous le nom de « gastro-radiculite à forme continue ». Il y a lieu, d'ailleurs, de faire, croyons-nous, une réserve sur le terme radiculite : la douleur continue est essentiellement sympathique et M. Sicard y a souvent insisté.

« Le rapport net qu'il peut y avoir, au cours de ces douleurs quotidiennes et continues, entre leur recrudescence et les heures de repas, ne doit pas inciter à penser à des douleurs gastriques. Après la digestion, il y a des augmentations de pression artérielle (Loeper) extrêmement marquées. Nous avons, à propos de l'aortite abdominale, montré, avec notre ami Routier, comment l'hypertension post-prandiale, distendant les plexus, créait le paroxysme. La même explication vaut aussi pour les plexus sympathiques qui entourent les petites artères et artérioles abdominales » (R. A. Gutmann).

B) DOULEURS QUOTIDIENNES (OU IRRÉGULIÈRES, SURVENANT UN JOUR, PUIS CESSANT UN OU PLUSIEURS JOURS, REPRENANT SANS AUCUN RYTHME PENDANT DES LAPS DE TEMPS TOUJOURS VARIABLES). DANS LA JOURNÉE, LA DOULEUR N'EST PAS CONTINUELLE, ELLE APPARAÎT A DES MOMENTS DIFFÉRENTS SUIVANT LES JOURS, SANS RAPPORT CONSTANT AVEC LES REPAS, A N'IMPORTE QUELLE HEURE DE LA JOURNÉE ; SON INTENSITÉ EST VARIABLE, EN GÉNÉRAL FAIBLE.

C'est la façon de souffrir des nerveux, des cénestopathes. Ces douleurs échappent à toute description, cependant un fait oriente souvent le diagnostic, c'est le nombre parfois considérable des phénomènes subjectifs ajoutés par le malade à sa douleur : cryesthésie, boule à la gorge, tics spéciaux, etc..., et la richesse avec laquelle il dépeint l'intensité de sa douleur. Mais il ne faut pas oublier que ces phénomènes peuvent coexister chez un nerveux avec une lésion organique et cette flore parasite ne doit alors prendre dans la sémiologie qu'une valeur de second ordre.

Observations :

M. Lh..., 27 ans.

Vient consulter en mai 24 pour des troubles gastriques et urinaires ayant débuté il y a 6 mois. A cette époque, a eu de grands chagrins (malades, décès dans sa famille) et *c'est à cette occasion que sont apparus les troubles dont la malade se plaint actuellement*. Ceux-ci consistent en douleurs gastriques,

sans périodicité, irrégulières dans leur horaire et dans leur durée. Ces douleurs, parfois vives, sont remplacées d'autres fois par une pesanteur, un gonflement à l'épigastre. Elles s'accompagnent souvent de mictions et d'envies impérieuses d'aller à la selle (selles diarrhéiques).

Les douleurs gastriques font parfois place pendant une à deux semaines, à des troubles urinaires, pollakiurie, urines abondantes et claires, douleurs lombaires.

Ces troubles très accentués au début de la maladie, se sont actuellement calmés, en particulier la polyurie a disparu. Le malade se plaint surtout de gonflements, renvois d'air, angoisse précordiale. Nervosité exagérée.

Les diverses recherches ne montrent aucun signe de maladie organique de l'estomac, ni des reins.

Autre observation :

Mme Bour..., 27 ans.

Vient consulter pour des troubles divers : pesanteurs, gonflement après les repas. Aucun rythme. Aucune périodicité.

Accompagnant souvent ces symptômes, fatigues apparaissent des bouffées de chaleur, étouffements, sensation de serrement à la gorge.

Par ailleurs, crysthésie, battements de cœur, crises de larmes. Le début de ces troubles date du jour où la malade a vu mourir devant elle son beau-frère d'une crise cardiaque.

c) LE 3^e GROUPE DES MALADES QUI SOUFFRENT AVEC DES CRISES SANS PÉRIODES TELLES QUE NOUS LES AVONS DÉFINIES, EST CONSTITUÉ PAR LES DYSPÉPSIES HYPERSTHÉNIQUES OU HYPOSTHÉNIQUES, IDIOPATHIQUES OU SECONDAIRES.

Il s'agit de malades qui souffrent pendant des mois, puis progressivement ils vont mieux, sous l'in-

fluence du repos, de régimes, puis progressivement aussi ils recommencent à souffrir pendant des mois ou des semaines parfois, ce rythme de l'évolution n'étant en aucune façon marqué. Si l'on traçait la courbe de leurs douleurs, elle serait représentée par de longues ondulations plus ou moins marquées d'ailleurs, puisque certains malades souffrent pratiquement tous les jours pendant de longues années.

Remarquons, d'ailleurs, qu'il y a dans l'évolution des douleurs de ces malades, des jours où ils ne souffrent pas, ce que l'on ne voit jamais dans la période de l'ulcus.

A ce groupe appartient un caractère capital : *l'horaire essentiellement post-prandial des douleurs*. Il n'existait pas à l'état isolé dans les groupes précédents. C'est qu'en effet, jusqu'ici, il s'agissait soit de douleurs qui semblent prendre naissance dans les plexus nerveux abdominaux, l'estomac n'étant pas en cause par sa sensibilité propre, soit de douleurs nées dans des conditions humorales sanguines encore imprécisées. Dans les cas que nous étudions dans ce chapitre, l'estomac malade réagit à l'arrivée des aliments par une douleur précoce ou tardive.

En résumé, les syndromes douloureux de dyspepsies hypersthéniques ou hyposthéniques se différencient essentiellement des syndromes précédents par leur caractère post-prandial immédiat ou tardif.

Ils se différencient très nettement de l'ulcus par les caractères de leur évolution dans l'année.

Nous tenons à insister sur ces syndromes. Ils simulent (surtout les syndromes hypersthéniques) l'ulcère avec lequel on les confond souvent. Les douleurs sont rythmées par les repas et pour beaucoup d'auteurs, c'est là un signe qui éveille invinciblement l'idée d'un ulcus. Le syndrome tardif de Reichmann n'est-il pas considéré comme répondant à un ulcère au début ? En réalité, la douleur tardive apparaît comme un signe pylorique dans les dyspepsies hypersthéniques de causes multiples et c'est seulement si une périodicité vraie dans l'année apparaît dans ce syndrome qu'on peut penser à l'ulcère.

Voici un exemple de dyspepsie hypersthénique simple :

Mén... Fernand, 30 ans.

Consulte pour la première fois en avril 1926.

Souffre de l'estomac depuis un an et demi.

Avait au début des douleurs gastriques après les repas et des coliques. Ce début coïncide avec celui du métier du malade. Il est possible que les troubles aient été provoqués par les poussières métalliques que la malade absorbe en quantité considérable (sableur). Depuis qu'il a abandonné ce métier, les coliques ont disparu, mais les douleurs gastriques ont persisté.

Le syndrome gastrique est le suivant : Pas de périodicité vraie : le malade reste parfois 15 jours sans souffrir, d'autres fois un mois, d'autres fois quelques jours seulement. Les crises durent des mois ou quelques jours. Les douleurs sont rythmées par les repas, très tardives : souffre le soir vers 6 heu-

res, la nuit est réveillé vers 2 heures du matin, il se lève pour manger, et calmé.

Il y a 3 semaines, grande crise de douleurs dans le côté gauche du ventre ayant nécessité la nuit l'appel urgent du médecin qui fait une piqûre de morphine. Rien le lendemain.

Jamais d'ictère.

Jamais de vomissements.

Pas de constipation.

A l'examen, point douloureux très vif sous le rebord costal gauche que le malade accuse d'ailleurs spontanément, sans palpation.

L'intensité des douleurs présentées par le malade, le point douloureux très vif sous-costal gauche avaient éveillé l'idée d'un ulcère probablement sur la P. C. et le malade avait été envoyé à la Salpêtrière pour confirmation du diagnostic.

Mais devant les modalités de la douleur, telles que nous les racontait le malade, on pense à une dyspepsie avec syndrome pylorique.

Les radiographies en série montrent un estomac et un duodénum parfaitement normaux, de forme et de dimensions. A la radioscopie (D^{rs} Ledoux-Lebard et Caldéron), on voit un estomac du type hypotonique, en J, allongé, descendant à un grand travers de main au-dessous des crêtes iliaques dans la station debout. On remarque, en outre, des plis muqueux très accentués dans la station verticale. La région prépylorique est le siège d'un péristaltisme très actif avec ondes fréquentes et profondes, aboutissant à une évacuation rapide. Bulbe duodénal d'aspect normal, un peu gros, non douloureux à la palpation.

Pas de liquide à jeun.

En résumé : en dehors de l'hyperkinésie de la région prépylorique, l'examen ne montre pas d'image anormale gastrique ou duodénale.

Le diagnostic clinique de dyspepsie hypersthénique simple se trouve donc confirmé.

On décide de ne pas intervenir et on met le malade au traitement médical : pansements gastriques et belladonne. Il revient au bout d'un mois très amélioré.

Ce malade revu ultérieurement va bien.

Autre observation :

Dyspepsie hypersthénique

Br... Julien, 42 ans.

Vient consulter parce qu'il souffre depuis 20 ans de l'estomac. *Aucune périodicité. Souffre tous les jours.* Cependant a des périodes où il souffre plus, qui correspondent à des moments où le malade fait des excès de régime.

Douleurs, brûlures, crampes, à horaire rythmé par les repas, très tardives. Est réveillé parfois la nuit vers 4 heures du matin par une douleur qui cesse dès qu'il prend un aliment. D'ailleurs, dans la journée, c'est souvent le repas suivant qui calme la crise.

Malgré l'intensité des douleurs présentées par le malade, leur intensité, leur horaire très tardif, avec faim douloureuse, calmée par l'alimentation, on rejette le diagnostic d'ulcus à cause de l'absence de périodicité.

Les examens radiographiques et scôpiques montrent un estomac et un duodénum normaux, sauf une hyperkinésie gastrique avec une évacuation légèrement retardée (spasme pylorique).

On pose le diagnostic de dyspepsie hypersthénique simple avec spasme pylorique.

Comme origine de cette dyspepsie, on peut incriminer une très mauvaise dentition qui depuis très longtemps empêche le malade de mastiquer convenablement.

Le malade mis au régime des dyspeptiques revient plusieurs fois à la consultation de la Salpêtrière très amélioré.

Autre exemple :

Syndrome dyspeptique réflexe d'origine appendiculaire

Bur... Gabrielle, 17 ans.

Souffre depuis 6 mois. Douleurs épigastriques, tiraillements, renvois, gaz, survenant une demi-heure après les repas. Ces douleurs durent parfois 8 jours, parfois moins, avec des hauts et des bas.

Nausées fréquentes, vomissements rares, surtout le matin au réveil. Alternatives de diarrhée et constipation. Douleur fréquente dans la fosse iliaque droite.

Examen : masque appendiculaire ; douleur dans la région de Mac Burney ; signe de Rovsing très positif.

Radioscopie : permet de localiser nettement le point douloureux sur le bord interne du cæcum.

Il s'agit d'une dyspepsie réflexe à point de départ appendiculaire.

Opération (D^r Charrier) : appendice malade ; appendicectomie.

Le malade revu ultérieurement est tout à fait guéri.

II

Douleurs présentant un rythme périodique dans l'année

Ce groupe comprend :

a) Les malades souffrant par crises d'environ 15 jours à 3 semaines avec sédations intercalaires nettes.

b) Les malades souffrant par périodes de 3 jours environ.

A) MALADES SOUFFRANT PAR CRISES D'ENVIRON 15 JOURS A 3 SEMAINES AVEC SÉDATIONS INTERCALAIRES NETTES.

Ces malades sont atteints d'ulcère gastrique ou duodénal.

Les crises de l'ulcère gastrique ou duodénal durent en moyenne 15 jours à 3 semaines. Cette durée de la période douloureuse est remarquable par sa constance. Elle semble répondre à un véritable caractère particulier, évolutif de l'affection ; il semble qu'il y ait là un cycle de la poussée évolutive ulcéreuse qui débute et se termine en un laps de temps toujours le même pour presque tous les ulcus.

Les caractéristiques des crises ulcéreuses sont les suivantes :

a) Elles débutent inopinément sans que, le plus souvent, on puisse découvrir une cause à ce début.

b) Elles ont à peu près la même durée, quel que soit le régime et le traitement suivis.

c) Elles terminent leur cycle assez brusquement.

d) Pendant la crise, les douleurs reviennent tous les jours, il n'y a pas de jours de « manque ».

e) Ces douleurs ont un horaire précoce ou tardif, ou les 2 à la fois mais toujours le même pour le même malade.

Les périodes de sédation entre les crises ont également des caractères bien tranchés :

a) Elles sont longues, plus d'un mois.

b) Elles sont complètes. Le malade, en dehors de ses crises, ne souffre plus ou d'une façon infime.

c) Leur durée est indépendante du régime et du traitement suivi. Il n'y a, en général, pas de rechute douloureuse à l'occasion d'un écart de régime et il y a des rechutes en pleine période de régime strict. Quelle que soit leur alimentation, les malades savent que pendant ces périodes, ils ne souffriront pas. Ils se croient guéris souvent, à moins que l'expérience ne les ait instruits du retour fatal de la crise à plus ou moins longue échéance.

C'est ce caractère qui a fait décrire cette maladie comme une affection à rechutes, à récidives. Il semble qu'on puisse plutôt dire que c'est une maladie à poussées évolutives comme on le dit, par exemple, des lésions tuberculeuses. Entre les poussées le malade n'est pas guéri.

Tels sont les caractères fondamentaux des douleurs ulcéreuses. Quand ils existent ils permettent à

eux seuls un diagnostic de quasi-certitude. On peut pratiquement affirmer en leur présence l'existence d'un ulcère.

Le diagnostic d'ulcus posé peut-on alors préciser son siège?

L'intensité de la douleur donnerait des indications : la douleur en broche serait surtout fréquente dans l'ulcus de la P. C. Le siège de la douleur à gauche sous le rebord costal serait également en faveur de l'ulcus de la P. C.

L'horaire de la douleur a surtout été étudié à ce sujet et la majorité des auteurs admettent que la douleur précoce correspond à la P. C., la douleur tardive au pylore, la douleur très tardive au duodénum.

Peut-être faut-il attribuer moins d'importance à l'horaire. Chez les malades atteints d'ulcus, ce qu'on constate le plus souvent, quel que soit le siège, c'est un horaire tardif (qui correspond au spasme pylorique). Cet horaire tardif peut exister aussi bien dans l'ulcère de la P. C. que dans celui du pylore ou du duodénum. Il est donc difficile d'établir avec certitude, sur son étude, une distinction topographique.

L'étude du rythme des douleurs dans l'année permet donc, en clinique, de poser le diagnostic d'ulcère gastrique ou duodénal sans préjuger de son siège. C'est la première étape du diagnostic, la plus importante d'ailleurs.

Le diagnostic topographique ne peut être demandé qu'aux radiographies, en particulier aux films en

série qui dans la très grosse majorité des cas, montrent le siège de la lésion.

Une dernière question doit se poser : celle de l'évolution des crises dans l'ulcère gastrique ou duodénal.

Ces crises peuvent persister sans changement pendant tout le cours de la maladie.

Elles peuvent, à la longue, s'altérer et leur périodicité finit par disparaître.

Cette disparition de la périodicité peut tenir à la présence de l'ulcère près d'un orifice ; *quand une sténose du pylore s'installe la symptomatologie propre à l'ulcère disparaît* et, par contre, les signes propres aux sténoses du pylore apparaissent. Elle peut tenir, et nous l'avons vu plus haut, à la gastrite surajoutée, à une *extériorisation de l'ulcère* (ulcère de la petite courbure adhérent en arrière au pancréas, périgastrite diffuse autour de la lésion pouvant s'étendre loin d'elle), cancérisation de l'ulcus.

Mais, dans ces cas, il reste facile de distinguer dans l'anamnèse de la douleur deux périodes, l'une où la maladie a présenté un rythme d'évolution typique, l'autre où, à ce processus de crises entrecoupées de périodes de sédation, a fait place un état continu des douleurs.

Telle est la façon dont il semble qu'on puisse envisager la douleur dans l'ulcus : La notion de la pé-

riodicité de ces douleurs et les caractères de cette périodicité paraissent capitaux. Mieux que tout autre signe ils permettent d'aiguiller le diagnostic, que les radiographies viendront ensuite préciser.

Pourtant il est des cas où le diagnostic est en suspens à cause de la difficulté de l'interrogatoire.

Il est également des cas très rares où la règle d'évolution périodique de l'ulcus est en défaut. Il s'agit d'ulcères duodénaux qui, radiographiquement parlant, paraissent siéger sur le canal pylorique lui-même.

Les malades présentant ce siège très spécial de leur ulcère n'ont pas d'évolution périodique, peut-être à cause de la gêne mécanique constante que produit l'ulcère sur le pylore, en dehors même des poussées évolutives. C'est l'unique exception que, jusqu'à présent, nous connaissons à la règle d'évolution des ulcères.

Dans ces cas la radiographie seule peut éclairer le diagnostic.

Observations

HISTOIRES CLINIQUES TYPIQUES D'ULCÈRE

Ulcère de la petite courbure

Th... Gaston, 48 ans.

Vient consulter à la Salpêtrière, pour la première fois, en novembre 1925.

Depuis 2 ans le malade souffre de l'estomac par périodes.

Ces périodes douloureuses durent 3 à 4 semaines et se reproduisent tous les 3-4 mois. Pendant la période douloureuse, le malade souffre tous les jours, sans jours de « manque ». La douleur a un horaire rythmé par les repas. Elle survient 2 ou 3 heures après. *C'est une sensation de pesanteur gastrique, de tiraillement*, plutôt qu'une véritable douleur. Elle dure une heure et se calme spontanément.

Pas de vomissements.

Entre les crises, périodes de calme absolu, pendant lesquelles le malade mange de tout et n'a pas mal.

Constipation marquée.

A l'examen : légère douleur sous le rebord costal gauche. Devant cette histoire clinique d'évolution schématique par période, et malgré le peu d'intensité des douleurs, on pose le diagnostic d'ulcère, sans préjuger de son siège.

Les radiographies en série montrent une niche constante sur la petite courbure.

A la radioscopie (Ledoux-Lebard et Caldéron), on voit, sur la petite courbure, vers sa partie moyenne, une saillie en niche, à base large, qui reproduit l'image radiographique. A remarquer, par ailleurs, une limitation de la mobilité de la P. C.

Intervention le 19 octobre 1925 (M. le P^r Gosset), on voit, nettement sur la petite courbure, une cicatrice d'ulcère en étoile. Le pylore n'a rien ; il y a des adhérences en arrière. Gastro-entérostomie postérieure.

Autre observation :

Ulcère duodéal

Mme Ferd..., 49 ans.

Mauvaise digestion depuis longtemps.

Début des troubles actuels il y a 6 ans, par une crise douloureuse survenue dans la nuit : brusquement « pincement »

au creux épigastrique, sans nausées, sans vomissements, calmés par compresses chaudes. Puis pendant 12 jours, la malade a souffert quelques heures après l'ingestion des aliments. Pendant cette période, mœlena abondant avec signes de faiblesse générale.

Depuis cette crise initiale, crises périodiques survenant 4 fois par an, durant 3 semaines, séparées par des périodes de calme absolu.

Au cours des crises : douleur 4 heures après les repas tous les jours. Faim douloureuse. L'ingestion d'aliments calme la douleur. Douleur nocturne fréquente (2 heures du matin). Pas de nausées ; pas de vomissements.

Rien à l'examen physique.

Les radiographies en série et la radioscopie ne donnent aucun renseignement positif : duodénum flou, sans image de lésion ulcéreuse.

Malgré la négativité des signes radiologiques, étant donné le mœlena initial et surtout l'évolution périodique typique d'ulcère, on décide d'intervenir.

A l'opération (M. le P^r Gosset) : Ulcère sur la première portion du duodénum à un travers de doigt de la V. pylorique, très adhérent à la partie inférieure du foie. G. E. P. verticale.

Autre observation :

Ulcère juxta-pylorique ayant évolué en deux phases : 1°) Phase d'ulcère simple avec périodicité des douleurs ; 2°) Phase de sténose pylorique avec douleurs continues.

Aud..., René, 31 ans.

Le début des troubles remonte à 10 ans et s'est manifesté par une hématoménose abondante avec mœlena. Avant et après cette hémorragie, le malade n'a présenté aucun trouble gastrique.

Deux ans après commence à souffrir de l'estomac.

Crises douloureuses de 3-4 semaines, séparées par des périodes de 1 ou 2 ans de rémission complète.

Pendant la crise, douleur tous les jours, rythmées par les repas, 1 ou 2 heures après la prise d'aliments. Durant trois quarts d'heure environ, calmées par un vomissement.

Petit à petit un syndrome continu s'est installé : le malade souffre tous les jours sans périodes de rémission ; les douleurs sont moins aiguës, plus tardives, les mouvements moins fréquents, plus abondants.

A l'examen : malade considérablement amaigri, déshydraté, peau sèche, urines rares. Gros clapotage à jeun.

Les lavages d'estomac montrent un résidu considérable.

La radioscopie (Ledoux-Lebard et Caldéron) révèle l'existence d'une énorme quantité de liquide à jeun. Chute en neige de la baryte. Image classique d'estomac dilaté à bas-fond semi-lunaire des sténoses serrées du pylore.

Peu de jours après son entrée à l'hôpital, le malade auquel on avait cependant administré largement un goutte à goutte de sérum glucosé présente une crise de tétanie classique : contracture irréductible des membres supérieurs en flexion et pronation.

Intervention d'urgence (M. le Pr Gosset) : L'estomac est contracturé comme l'étaient les mains avant l'opération. On constate une sténose à la jonction de la 1^{re} et de la 2^e portion du duodénum et de la périgastrite le long de la petite courbure. G. E. postérieure transversale.

Autre observation :

Ulcus duodénal

Mull., Louis, 41 ans.

Ce malade est vu pour la 1^{re} fois à la Salpêtrière, le 9 novembre 1925. Le début remonte à 7 ans.

Dans la 1^{re} année, les troubles consistaient en crises douloureuses dans l'hypochondre droit, à début assez brusque et ter-

minaison rapide. Elles durent en général 1 à 2 jours avec 15 jours de rémission entre chaque crise.

Depuis 3 ans un syndrome d'ulcus est apparu : crises douloureuses tardives durant 15 jours, sans jours de manque, avec intervalles de quelques semaines de bonne santé entre chaque crise.

Mœlena au cours d'une des crises en septembre, rémission à la suite.

Depuis octobre les crises douloureuses se répètent et deviennent très violentes. Le malade n'a presque plus de période de rémission et souffre plus ou moins toute la journée.

A l'examen, même pendant la crise très aiguë, le ventre est souple, la palpation même très profonde ne réveille aucun point douloureux.

Examen des matières : présence de sang.

Vomissements.

Intervention (D^r Charrier) : on voit à la jonction de la 1^{re} et de la 2^e portion du duodénum un ulcère calleux très adhérent au col de la vésicule. Il y a une périoduodénite si intense qu'on pense que la spécificité que présente le malade peut y avoir joué un rôle.

C. E. P. vésicale.

Ulcère de la petite courbure chez un tabétique : discussion de crises tabétiques, affirmation de l'ulcus d'après l'histoire clinique.

Ks... Raymond, 49 ans.

Examiné pour la 1^{re} fois en juin 1926.

Ce malade est un tabétique qui est envoyé à la Salpêtrière parce qu'il présente un syndrome gastrique de douleurs rythmées par les repas dont on demande de préciser la cause.

Ce malade a présenté, depuis qu'il est malade 3 périodes de crises :

La 1^{re} crise en 1922 a duré 1 mois et demi pendant lequel les douleurs ont été journalières, sans jour de manque.

La 2^e crise, un an plus tard a duré 1 mois. Analogue à la 1^{re}.

La 3^e crise, 2 ans plus tard, dure encore actuellement ; elle a débuté il y a 15 jours, est analogue aux 2 autres crises.

Pendant les périodes de rémission le malade ne présente absolument aucun trouble.

Les crises consistent en douleurs gastriques rythmées par les repas, demi-tardives (1 heure $\frac{1}{2}$ à 2 heures après l'alimentation) accompagnées de vomissements qui calment. Le malade est réveillé la nuit par sa douleur.

Examen : Ventre légèrement douloureux dans son ensemble. L'histoire clinique, l'allure évolutive des douleurs présentées par ce malade ne correspondent pas à celle des crises gastriques du tabès. Elles sont par contre caractéristiques de l'ulcère. On conclut donc au diagnostic clinique d'ulcère d'estomac apparu chez un tabétique, sans corrélation entre les 2 affections. A cause des douleurs semi-tardives on pense qu'il ne doit pas s'agir d'ulcère duodénal.

Les radiographies en série montrent une très belle niche, constante sur tous les clichés, située au niveau du $\frac{1}{3}$ supérieur de la petite courbure.

L'intervention vient confirmer le diagnostic. Gastro-entérostomie postérieure par M. le P^r Gosset.

Maj... Jean, 66 ans.

Histoire d'ulcère sur un fond d'histoire hépatique : Malade examiné pour la 1^{re} fois en juin 1926.

Il y a 25 ans a présenté un ictère.

Depuis cette époque : troubles dyspeptiques d'abord intermittents, actuellement continus, consistant en légers phénomènes d'embarras gastrique (migraines, langue blanche, nausées, diarrhée parfois).

Par ailleurs : depuis 15 ans a des périodes de crises de 12 à 15 jours pendant lesquels le malade souffre tous les jours, sans jour de « manque ». Les périodes surviennent 1 ou 2 fois par an. Elles sont caractérisées par des douleurs à horaire rythmé par les repas, crampe, douleur en broche, très tardive ; 11 heures le matin, 5-6 heures l'après-midi, la nuit est réveillée vers 2 heures du matin.

Le repas suivant calme la douleur.

Pendant les intervalles entre les crises persistent les troubles décrits plus haut.

Il y a 1 mois a eu sa dernière crise de 15 jours.

A l'examen : la région de l'hypocondre droit est très douloureuse.

Conclusion : Histoire typique d'ulcère sur un fond d'histoire hépatique.

Radiographies en série : estomac en écharpe, attiré à droite, pylore excentré.

Bulbe duodénal extrêmement déformé, en forme d'accent circonflexe, présentant tous les signes radiologiques d'un ulcère.

Voici d'autre part des cas où, des hésitations ayant eu lieu, c'est finalement le signe de l'évolution clinique périodique par crises qui s'est montré le plus fidèle.

Barb... Eugène, 34 ans et demi.

Crises périodiques typiques d'ulcus depuis le début de l'affection. Appendicectomie. Aucune amélioration. 2^e intervention : ulcus pylorique.

Souffre de l'estomac depuis 1917.

Histoire périodique typique : crises de 15 jours à 3 semaines pendant lesquelles le malade souffre tous les jours, sans jour de manque ; 3 heures après les repas.

Entre les périodes de crises reste plusieurs mois sans présenter aucun trouble.

En 1919, on a posé le diagnostic d'appendicite chronique, en présence de ces troubles et pratiqué une appendicectomie.

Après cette intervention, le malade a continué de souffrir comme auparavant. Crises nettes de 15 jours-3 semaines, avec intervalles silencieux de plusieurs mois.

En mars 24, hématomèse de sang noir.

Ce malade est vu pour la 1^{re} fois, à la Salpêtrière, en novembre 26.

Devant cette histoire clinique typique, toujours la même depuis le début de la maladie, en 1917, on pose le diagnostic clinique d'ulcus.

Les radiographies montrent un aspect de sténose pylorique peu serrée de l'estomac.

Le malade est opéré le 14-11-26, avec le diagnostic clinique d'ulcus juxta-pylorique.

Diagnostic d'intervention (D^r Thalheimer) : ulcus du pylore.

Crises périodiques typiques d'ulcus depuis le début de l'affection ; appendicectomie ; aucune amélioration ; 2^e intervention : ulcus pylorique.

Mar... Paul, 46 ans.

Souffre depuis 10 ans de l'estomac.

Périodicité très nette. Histoire clinique typique d'ulcus : ce malade a des crises de 15 jours-3 semaines, pendant lesquelles il souffre tous les jours, sans jour de « manque ».

Pendant ces périodes de crise a des douleurs épigastriques rythmées par les repas, débutant 2 heures après eux. Ces douleurs consistent en brûlure, cuisson. Elles sont calmées par les poudres.

Pas de vomissements entre les crises.

Entre les crises, le malade reste deux mois sans souffrir et peut suivre à ces périodes un régime quelconque.

Il y a 6 ans, devant ce tableau clinique, on a pensé à des

troubles gastriques d'origine appendiculaire et pratiqué une appendicectomie. Après cette 1^{re} opération, le malade a continué de souffrir comme auparavant.

Il est vu à la Salpêtrière pour la 1^{re} fois le 15 mars 1926. En raison de la périodicité nette préexistante à l'opération, on pense que depuis le début de ses troubles, le malade présente un ulcus. Des radiographies en série complétées par l'injection duodénale du bulbe à la sonde d'Einhom confirment d'une façon nette le diagnostic d'ulcus et permettent de localiser la lésion au duodénum.

Intervention (P^r Gosset) : Ulcus duodéal.

Histoire clinique de dyspepsie banale. Aucune périodicité d'ulcus. Radiographies : niche sur la petite courbure. Intervention : Pas d'ulcus. Appendicite.

Gué... Pierre, 25 ans.

Vient consulter le 25-II-26.

Malade depuis un an.

Souffre tous les jours de l'estomac, avec parfois des semaines, où il souffre plus encore.

Les troubles consistent en renvois acides, rythmés par les repas, d'horaire tardif (3 ou 4 h. après). Parfois ce malade présente un point douloureux sous-costal gauche.

Par ailleurs, nausées fréquentes.

Sensation d'oppression précordiale, gonflement à l'épigastre : l'émission de gaz soulage le malade.

Constipation habituelle.

Nervosité exagérée. Idées neurasthéniques.

Des radiographies en série montrent sur tous les clichés une image de niche siégeant au tiers supérieur de la petite courbure de l'estomac, sans encoche sur la grande courbure. La radioscopie semble confirmer l'existence de cette niche.

Devant la netteté des signes radiologiques et malgré l'ab-

sence complète de signes d'ulcus de l'histoire clinique, on décide d'intervenir.

Intervention (D^r Petit-Dutaillis), le 10-II-26 : *On ne voit pas d'ulcus ni sur l'estomac ni sur le duodénum.* La vésicule est normale. On va par la même incision, au cæcum et on amène au dehors un appendice, très malade, très long, très enflammé.

Il s'est donc agi d'un faux aspect de niche dû à un spasme d'origine appendiculaire.

B) MALADES SOUFFRANT PAR CRISES DE TROIS JOURS ENVIRON.

Ces crises courtes doivent toujours faire penser à la cholécystite.

Ce n'est pas à dire que toutes les cholécystites souffrent de cette façon avec une constance égale à celle des douleurs rythmées de l'ulcus. La question est ici plus complexe.

En effet, les malades atteints d'une cholécystite calculeuse ou non peuvent se présenter avec des douleurs d'allures diverses. Les uns, les plus nombreux, ont des crises courtes, de 2 ou 3 jours, avec influence des règles chez la femme, influence des écarts de régime (graisses, gibier faisandé). Ces crises courtes sont les vraies crises cholécystiques.

D'autres souffrent non pas surtout en tant que vésiculaires ; mais leur vésicule est le point de départ de réflexes agissant sur l'estomac et ils se présentent avec le type de la dyspepsie secondaire hyper ou hyposthénique, c'est-à-dire avec ces douleurs à ryth-

me irrégulier, ces alternatives par transitions insensibles d'amélioration et d'aggravation que nous avons étudiées à propos des dyspepsies secondaires.

D'autres ont extériorisé leurs lésions, ils ont fait de la périchlécystite et souffrent comme les malades porteurs de ces périviscérités plus ou moins étendues, c'est-à-dire tous les jours et souvent toute la journée plus ou moins.

D'autres, enfin, font de temps en temps, la grande crise isolée de la colique hépatique.

On ne peut donc dire que tous les vésiculaires souffrent par crises courtes. Mais — et ceci reste capital pour le diagnostic — toutes les fois qu'on se trouve en face d'un malade qui, à l'interrogatoire, accuse des crises courtes, de 2, de 3 jours, séparées par des semaines d'accalmie, c'est à la vésicule biliaire qu'il faut penser.

De même donc, qu'en règle générale les crises longues de 15 jours à 3 semaines, doivent éveiller l'idée d'un ulcus, de même les crises courtes de 3-4 jours, doivent faire penser à une cholécystite.

Cette crise de 3 jours ainsi individualisée présente alors une grande signification clinique.

On peut donner des crises vésiculaires les caractères suivants :

a) Elles sont courtes, pouvant durer de 1 à 8 jours mais la « crise de 3 jours » est de beaucoup la plus fréquente.

b) Elles sont en général séparées par des périodes de quelques semaines.

c) Elles débutent brusquement et leur apparition est souvent provoquée par un écart de régime.

d) Elles coïncident souvent chez la femme avec l'apparition des règles.

e) A l'inverse de l'ulcus, le siège de la douleur provoquée a ici une importance : une douleur est constamment réveillée sous le rebord costal droit par la manœuvre de Murphy. Mais il faut savoir que subjectivement, ces malades se plaignent souvent uniquement de douleurs épigastriques banales et il faut penser à rechercher le signe de Murphy.

f) La crise douloureuse, enfin, s'accompagne d'une façon presque constante de nausées et souvent de vomissements.

Histoires cliniques typiques de cholécystites

Crises de 3 jours

Fleur... Berthe.

Cette malade souffre depuis 1918 *par périodes*, séparées par 2 ou 3 mois de bonne santé. Durée de la crise : 1, 2 ou 3 jours. A ce moment, présente des douleurs assez violentes dans l'hypocondre droit sans vomissement. Puis tout rentre dans l'ordre.

En 1924, à la suite d'une crise analogue ayant duré 3 jours, un ictère assez marqué est apparu avec selles décolorées et urines foncées. Au moment où nous voyons la malade, elle

présente depuis 2 jours une crise et se plaint de souffrir toujours de son hypocondre droit.

Température normale.

Pas de constipation, mais périodes diarrhéiques.

Examen : Signe de Murphy très positif. Le volume du foie paraît normal.

Tout le cadre colique est sensible ; pas de Mac Burney.
Diagnostic clinique : cholécystite.

La radiographie montre, après épreuve au tétraiode, une vésicule injectée, mais pâle, avec trois calculs très nettement visibles en blanc sur le fond gris de la vésicule.

Intervention (M. le P^r Gosset) : cholécystite calculeuse.

*Crises de 3 jours. Traitement médical de cholécystites.
Guérison.*

Gué... Marie-Jeanne, 31 ans.

Souffre de l'estomac depuis 8 ans.

Par crises de 2 à 3 jours, séparées par 2 à 3 mois de bonne santé relative.

Pendant les crises, douleur violente dans tout le thorax, décrites comme un pseudo-syndrome angineux, mais l'irradiation de la douleur se fait vers le bas (prédominance gastrique nette), subitère à la fin de la crise

Pendant 4 ans, pas de crises ; la malade va tout à fait bien.

En octobre 24, elle recommence à souffrir et, en janvier 25, elle a une crise ayant duré 3 jours, pendant lesquels elle a eu des douleurs épigastriques très violentes qui l'immobilisaient presque.

Entre les périodes de crise, quelques douleurs vagues mal caractérisées.

Cette malade est vue pour la 1^{re} fois, à la Salpêtrière, en février 25.

Examen : Signe de Murphy très positif.

En l'interrogeant, on apprend que le début de sa maladie coïncide avec son 1^{er} accouchement.

Les radiographies en série ne montrent rien de particulier au point de vue gastro-duodéal et vésiculaire.

Devant la netteté des périodes douloureuses courtes présentées par cette malade on pense à l'existence d'une cholécystite que confirme d'ailleurs le signe de Murphy.

La malade est mise au traitement : huile d'olives et uroformine.

Elle est revue successivement en mai 25, octobre 25 et février 26 : Elle va tout à fait bien et n'a plus jamais présenté de crises.

Cette caractéristique des crises de 3 jours reste parfois si nette qu'elle tranche encore dans l'histoire clinique de malades ayant des douleurs d'autres causes. En voici un bel exemple, où les crises courtes de la cholécystite alternent avec les crises typiques plus longues de l'ulcus.

Cholécystite chronique calculeuse et ulcère duodéal

Moug... Maria, 44 ans.

Crises tantôt de 3 jours, tantôt de 15 jours-3 semaines.

Vient consulter à la Salpêtrière en octobre 1926.

Souffre de l'estomac depuis l'âge de 15 ans.

Histoire clinique périodique :

On constate que la durée des crises est variable. Elles durent tantôt 2 à 3 jours (prenant l'allure de crises vésiculaires), tantôt 15 jours à 3 semaines.

Les intervalles de bonne santé sont eux-mêmes variables : la malade est tantôt un ou quelques mois sans souffrir, tantôt 2 ans.

Pendant les crises courtes, douleurs épigastriques, accompagnées de nausées et vomissements aqueux.

Pendant les crises longues, syndrome de douleurs tardives, la malade est réveillée vers 2 ou 3 heures du matin par sa douleur et est soulagée par la prise d'aliments. Ces crises s'accompagnent de constipation.

Les crises longues, à horaire très tardif, surviennent seulement tous les 2 ou 3 ans.

Les radiographies en série montrent des signes net d'ulcus duodénal.

L'injection de la vésicule par la méthode du tétraiode montre une vésicule contenant dans son fond un gros calcul.

Les interventions faites par M. le Pr Gosset ont confirmé ce double diagnostic. L'ulcus était du diamètre d'une pièce de 0 fr. 50, avec périviscérite et pancréatite chronique.

Cette malade présentait donc une double lésion ulcéreuse et calculeuse marquée cliniquement par des crises tantôt à type d'ulcus et tantôt à type de cholécystite.

A côté de ces 2 grands groupes avec ou sans rythme périodique dans l'année, que nous venons de décrire, il y a place pour un 3^e groupe d'affections qui se manifestent sous forme de grandes crises isolées

III

Grandes crises isolées

Ces grandes crises isolées sont brusques, violentes, non unies les unes aux autres par un rythme. Ces crises n'ont, du fait de leur type, aucune valeur suggestive particulière pour le diagnostic ; elles peuvent se voir dans le tabès et d'autres maladies nerveuses dans les lésions cardio-aortiques, dans les affections gastriques, pancréatiques, rénales, vésiculaires. Elles peuvent être même causées simplement par des gaz bloqués dans la poche à air d'un estomac hypersthénique ou dans un angle colique. C'est affaire d'examen général à décider de leur signification souvent très difficile à établir.

Conclusions

1) Dans les troubles dyspeptiques divers (maladies organiques de l'estomac et du duodénum, cholécystites, dyspepsies réflexes d'origine appendiculaire vésiculaire, etc...), les modalités de la **douleur** ont une valeur très différente pour l'établissement du diagnostic.

2) La *localisation* exacte de la douleur et ses *caractères* (brûlures, crampes, pesanteurs, etc...) ne donnent pas, à ce diagnostic un appoint important, sauf dans certains cas spéciaux (signe de Murphy, etc...). *L'irradiation* de la douleur n'est qu'exceptionnellement indicatrice de la lésion.

3) L'étude de l'*Horaire* dans la douleur (« journée du dyspeptique », de Soupault) a permis de préciser un fait important. Grâce au symptôme « *douleur tardive* », elle indique la participation du pylore (lésion ou spasme). Mais cette participation du pylore n'est pathognomonique d'aucune maladie. Le spasme tardif du pylore, par exemple, existe aussi bien dans l'ulcus quel que soit son siège que dans les dyspepsies réflexes les plus diverses.

4) L'étude de l'évolution des douleurs non plus dans la journée, mais dans l'année (*année du dyspeptique*), permet, semble-t-il, de serrer la question de plus près. Cette étude amène à classer les malades en plusieurs groupes :

a) Malades atteints de douleurs quotidiennes, chaque jour égales, continues (du matin au soir et tous les jours).

A ce groupe appartiennent les malades atteints de périviscérite étendue, les malades ayant un ulcère ou un cancer *extériorisés*, une vésicule avec forte péricholécystite, etc...

b) Malades atteints de douleurs quotidiennes ou irrégulières, survenant un jour, puis cessant un ou plusieurs jours, reprenant sans aucun rythme pendant des laps de temps toujours variables. Dans la journée, la douleur n'est pas continuelle, elle apparaît à des moments différents suivant les jours, sans rapport constant avec les repas.

C'est la façon de souffrir des nerveux, des cénestopathes.

c) Malades atteints de douleurs pendant des mois qui, progressivement, s'apaisent et reprennent, le rythme de l'évolution n'étant en aucune façon marqué, mais par contre le rythme prandial dans la journée étant très net.

A ce groupe appartiennent les dyspepsies hypersthéniques ou hyposthéniques idiopathiques ou secondaires.

d) Malades souffrant par crises de 15 jours à 3 semaines sans jour de « manque » dans la crise, avec des intervalles de semaines, de mois ou même d'années de sédation complète.

Ces malades sont atteints d'ulcus gastrique ou duodénal.

e) Malades souffrant par périodes de 3 jours environ séparées par des intervalles variables, mais en général de quelques semaines.

A ce groupe appartiennent les malades atteints de cholécystite calculeuse ou non. Les vésiculaires peuvent aussi rentrer dans le cadre des dyspepsies secondaires vues plus haut ou des périviscérites, mais les crises courtes de 2-3 jours répétées à des intervalles éloignés doivent toujours faire penser à la vésicule.

f) Grandes crises isolées.

Il s'agit des grandes crises douloureuses abdominales. Elles sont brusques, courtes, violentes, non unies les unes aux autres par un rythme. Elles se rencontrent par exemple dans le tabès, les lésions cardio-aortiques, les migrations calculeuses hépatiques ou rénales, etc...

Vu, le Doyen,

Vu, le Président,

ROGER.

A. GOSSET.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

LAPIE.

Bibliographie

A

ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE. — Octobre 1910. — L'ulcère duodénal.

A. ALIPRANDI. — Contribution à l'étude des douleurs tardives et des relations existant entre les troubles fonctionnels de l'estomac et l'ulcère gastro-duodénal. (Archivio de Patologia e clinica medica, 30 juin 1923).

ARONSON. — Criticism in the Diagnosis of gastric ulcer. (American Journ. of Surgery, avril 1926).

B

L. BOUCHUT et LAMY (de Lyon). — Les gastro et entero-radiculites et leurs formes continues (Arch. des M. de l'Ap. dig. et de la Nutr., Tome XI, n° 1, janvier 1921).

BUCQUOY. — Archives générales de médecine (Ulcère duodénal), 1887.

M. E. BINET (de Vichy) et GASTON DURAND. — L'évolution de la lithiasse biliaire (Progrès Médical, 22 mars 1924).

M. E. BINET (de Vichy). — Le syndrome clinique initial de la lithiasse biliaire (Arch. des M. de l'Ap. dig. et de la Nutr., Tome XI, n° 4, août 1921).

J. M. BLACKFORD et M. F. DWYER. — Troubles gastr., surtout au point de vue de leurs rap. avec la choléc. (The Journ. of the Amer. Méd. Assoc., Tome LXXXIII, n° 6, 9 août 1924).

C

A. CADE. — Dyspepsie hypersthénique de la cholélithiase chronique.
Son diagnostic avec l'ulcère gastro-duodénal. (La Médecine,
juillet 1924).

M. CHIRAY. — Les 3 cholécystites chroniques (Le Journ. Méd. Franç.,
tome XII, n° 5, mai 1923).

CONGRÈS ALLEMAND DE CHIRURGIE (L'ulcère du duodénum, Berlin,
1915).

A. CADE. — L'ulcère du duodénum. (Lyon Médical, 20 sept. 1925,
n° 38).

CRUVEILHIER. — Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie.

II. CARSON. — Diagnosis of gastric and duodénal ulcer. (St Barthol.
Hosp. Journal, London, 1919-20, XXVII).

CARISI. — I Diritti della clinica nella diagnosi del ulcera gastrica
(Riforma Médica, XXXIX, 18 juin 1923, n° 25).

A. P. CARRIÉ. — Les petits états douloureux vésiculo-gastriques au
cours des cholécystites chroniques (Médecine pratique, 30 dé-
cembre 1926).

CADE et BARBIER. — Diagn. ent. la choléc. lith.chron. et l'ulc. gast.-
duod. (Lyon Medical, 11 mai 1924).

D

DIEULAFOY. — Précis de Pathologie interne, 1894.

H. DURAND et LUTIER. — Diag. précoce de l'ulc. de l'est. (Interprét.
des signes fournis par la clinique et les différents procédés
d'investigation), (Bulletin Médical, XXXV, 1921, n° 15,
14 avril, p. 491).

MAURICE DELORT. — Etude sur les signes de l'ulc. de la P. G. —
Leur valeur diagn. et pronostic. (Thèse de Paris, 1918-19,
n° 17).

M. DAMBRIN. — Lithiase biliaire à forme gastralgique et cholécystis-
tectomy (Toulouse Médical, 15 novembre 1923).

G. DURAND et M. E. BINET. — Les Typhlo-cholécystites chroniques.
(La Méd. Prat., 31 mars 1924).

G. DURAND et ST-CHAUVET. — Crises gastriques tabétiformes au cours des gastropathies organiques (L'Hôpital, Déc. 1913, n° 1).

E

ED. ENRIQUEZ et A. GOSSET. — De la cholécystite dans ses rapports avec les lésions du duodénum (Bull. et Mém. de la Soc. de Chir., 1912, p. 1243).

ED. ENRIQUEZ et P. A. CARRIÉ. — Le diagnostic différentiel des affections du carrefour vésiculo duodéno-pylorique.

ED. ENRIQUEZ et G. DURAND. — Schémas cliniques des formes topographiques de l'ulcère digestif. (L'Hôpital, janvier 1924).

E. ENRIQUEZ et GASTON DURAND. — Eléments de diagnostic entre l'ulc. de l'estomac et l'ulc. du duod. (XVI^e Congrès Français de Médec., Rapport, Paris, 1922, p. 1).

E. ENRIQUEZ, M. E. BINET et G. DURAND. — Les crises gastro-vésiculaires (Presse Médicale, 9 juillet 1921, n° 55, p. 541).

E. ENRIQUEZ. — Maladies du tube digestif (in Nouveau Traité de Pathologie interne, 1926).

F

T. FERRAN. — Les ulcères du duodénum. (Gaz. des Hôp., 1911, p. 429).

C. FAROY. — Les douleurs dites gastriques (La Médec. Pratique, 30 avril 1924, n° 4).

A. M. FAGOT. — Contribution à l'étude clinique de l'ulcère géant de l'estomac (Thèse de Nancy, 1919-20, n° 111).

FLORAND et GIRAULT. — Diagnostic de l'ulcus récent de l'estomac (L'Hôpital, X, 1922, n° 80, oct., p. 456).

FORTMANN. — Diagn. prat. de l'ulc. duod. (Correspondenz-Blat für Schildeizen Aertze, october 6, XLVII, n° 49, p. 1329-60).

G

F. D. GORHAM. — The clinical and chemical diagn. of gastric ulcer (Journal Missouri state med. Assoc., XIX, 1922, n° 5, mai, p. 209).

A. GINESTY. — Contribut. à l'étude de l'ulc. de la P. C. de l'estomac (Thèse de Toulouse, 1921-22, n° 40).

A. GOSSET et Ed. ENRIQUEZ. — Syndrome vésiculo-duodénal-cholécystite ancienne et péricholécystite avec fistule entre la vésicule et le duodénum. (Bull. et Mém. de la Société de Chirurgie, 1914, p. 283).

A. GOSSET. — Vésicule du Duodénum (Bull. et Mém. de la Soc. de chir. 1914, p. 248).

A. GOSSET. — Précis de Pathologie chirurgicale, Tome III (Masson et Cie).

CUBERORITZ et ISCHTCHENKO. — Diagnostic différentiel des affections abdominales (Klinische Wochenschrift, t. III, n° 51, 16 déc. 1924).

P^r GILBERT. — Les signes fonctionnels des gastropathies (Cliniques de l'Hôtel-Dieu, 1922).

J. GUIBAULT. — Contribution à l'étude clinique et thérapeutique de l'ulc. de la P. C. de l'estomac (Thèse de Paris, 1925, n° 95).

GUÉNAUX. — Difficulté du diagnostic différentiel entre ulcère et cancer gastriques (Bulletin et Mémoires de la Société de radiologie médicale de France, IX, 1921, n° 78).

G. GIANOLLA. — De notre impuissance à formuler un diagn. de certitude de l'ulcère chronique du duodénum. — Indicat. dans les cas graves de la laparotomie exploratr. (Scalpel, LXXVI, 1923, n° 5, 3 février, p. 120).

R. A. GUTMANN. — Les douleurs épigastriques et leur valeur comparée pour le diagnostic (Presse Médicale, n° 101, 19 décembre 1925).

II

A. HUGUER. — L'ulcère du duodénum (J. des Praticiens, 18 avril 1925).

HORSLEY. — Duodénal ulcus (Surg. clinics of North America, II, 1922, n° 5, p. 1217).

HAYEM et LYON. — Maladie de l'Estomac, 1913.

J

- CH. JACQUELIN et MAX. M. LÉVY. — A propos du diagnostic des affections de la région duod. vésicul. (Bull. Soc. Méd. des Hôpit., t. VIII, n° 39, p. 1777, 1^{er} janvier 25).

K

- KUTTNER. — Praktische Ratschlaege für die diagnose und Behandlung der Verdangskrankheiten V. das ulcus duodeni (Deutsche Medizi. Vochenschrift, XLVIII, 1922, n° 51, 22 déc., p. 1704).

L

- P. LEREBoullet. — Les syndromes gastriques dans la moyenne et la grande enfance. Leur traitement (Progrès Médical, n° 10, 7 mai 1925).
- B. LEVENT. — Crises gastriques (G. des Hôp., 1925, n° 12, p. 169 et n° 13, p. 209).
- M. LOEPER. — Sur le diagnostic des douleurs tardives (Progrès Médical, n° 30, 26 juillet 1913).
- M. LOEPER. — Les ulcères dissimulées de l'estomac (Mondé Médical, 15 oct. 1913).
- J. LAURENCE. — Les faux ulcères de l'estomac et du duodénum (Journal des Praticiens, XXXV, 1921, n° 35, 27 août, p. 572).
- H. LORENZ. — Zur exakten diagnose des ulcus duodeni (Fortschr. a. d. geb. d. Röntgens XXVIII, 1921, n° 1, 28 avril, p. 1).
- M. LOEPER. — L'ulcus de la P. C. (Progrès Médical, 1920, n° 3, 17 janvier, p. 25).
- J. LAURENCE. — Les éléments du diagnostic clin. des ulc. gastr. et duod. (Journal des Pratic., XXXVII, 1923, n° 31, 4 août, p. 506).
- LOEPER et MARCHAL. — Le diagnostic topogr. des ulc. de l'estomac. J. Méd. Fr. XII, 1923, n° 1, janvier, p. 13).

M

MORICHAU-BEAUCHANT. — Le diagnostic de l'ulcus gastrique et duodénal (Archives médico-chirurgicales de Province, 1920, p. 351).

MORICHAU-BEAUCHANT. — Les crises gastriques (Archives méd. ch. de Province, février 1923, p. 45).

MATIGNON. — Douleurs gastriques antéprandiales. Faim douloureuse et ulcus (Paris Médic., 12 mai 1923).

MATHIEU, SENCERT, TUFFIER. — Traité médico-chirurgical des maladies de l'estomac et de l'œsophage, 1913.

BERKELEY MOYNIHAN. — L'ulcère gastrique et duodénal (Doin, éditeur).

S. MINGLIETTI. — Intorno a 700 casi di ulcera gastrica e duodenale (Riforma Medica, XXXVII, 1921, n° 6, 5 fév., p. 131).

R. MORICHAU-BEAUCHANT. — Les faux ulcères de l'estomac et du duodénum (Archives médico-chirurg. de Province, avril 1921, p. 153).

H. MAUBAN. — Les localisations douloureuses de la lithiase biliaire (Gaz. des Hôp., n° 37, 1^{er} avril 1913).

O

W. OETTINGER. — Ulcère du duodénum et cholélithiase (Paris-Médical).

P

PAVIOT. — Syndrome gastrique douloureux sans lésion gastrique ou duodénale (en dehors du tabès et de la syphilis) (Journ. de Méd. de Lyon, 20 juillet 1923, n° 85, p. 417).

OTTO PORGES. — La signification des phénomènes douloureux pour le diagnostic et pour le traitement de l'ulcère de l'estomac et du duodénum (Medizinische Klinik, Berlin, tome XIX, n° 13, 31 mars 1923).

G. PARTURIER. — D. différ. de l'ulc. duod. vrai non compliqué (Revue de Médecine, Paris, XXXVIII, 1924, n° 3, p. 267; n° 4, p. 314).

PARTURIER et VASSELLE. — L'ulcère vrai du duodénum (non compliqué). S. et Diagn. (Gaz. Méd. de Nantes, XXXV, 1912, n° 6, 15 mars, p. 93).

V. PAUCHET. — L'ulcus gastrique (C. Clinique, XVII, 1922, n° 10, octob., p. 253).

E. PALIER. — Sur le diagnostic différentiel entre la gastrite érosive sanguinolente, les simples ulcérat. et le vrai ulcère stomacal (Bull. Méd., XXXVI, 1922, n° 49, 29 nov., p. 991).

G. PARTURIER. — Séméiologie biliaire, Doin, éditeur, 1926.

R

L. RAMOND. — L'ulcère simple du duodénum (conf. de cl. méd. prat., 1922).

F. RAMOND. — La douleur chez les dyspeptiques (Paris Médical, 1920, p. 172).

F. RAMOND. — La douleur tardive au cours des maladies de l'estomac (Presse Médicale, 26 mars 1921, n° 25).

J. CH. ROUX. — Pathologie gastro-intestinale (Doin, éditeur).

J. RACHET. — La valeur des signes cliniques pour le diagnostic d'un ulc. du duod. (La Vie Médicale, IV, 1923, n° 23, 8 juin, p. 785).

S

ROGER SAVIGNAC. — Le rythme dans le temps des douleurs tardives et le diagnostic de l'ulcus gastro-duodénal (Paris Médical, 12 janvier 1924).

E. F. STEVENSON. — Diagnosis and Treatment of gastric and duod. ulcus (Illinois Méd. Journ., XXXVII, p. 96).

P. SAVY. — Consid. pratiq. sur le diagn. de l'ulc. d'estomac (Journ. de Médec. de Lyon, II, 1921, n° 35, 20 juin, p. 1005).

C. SALOZ et G. MOPPERT. — Ulcères officiels et ulcères extra officiels. Essai de classificat. clinique des ulc. de l'est. et du duod. (J. Méd. Fr., XII, 1923, n° 1, janvier, p. 22).

SOUPAULT. — Maladies de l'estomac.

ROVSING. — Ulcère chronique du duodénum (Hospitalstidende, Copenhagen, LX, n° 27, p. 645-668).

T

L. TIMBAL. — L'ulcère de la P. C. de l'estomac (son diagnostic clinique et radiologique), (Progrès Médical, n° 21, 22 mai 1920, p. 232).

TIMBAL. — Les troubles du fonctionnement pylorique de l'ulc. de la P. C. (Toulouse Médical, XXIII, 1922, n° 8, 15 avril, p. 309).

V

P. VASSELLE. — Le diagnostic de localisation des ulcères gastriques et duodénaux. Etude clinique et radiologique (Thèse de Paris, 1922).

VEDEL, J. BAUMEL et G. GIRAUD. — Crises gastriques paroxystiques. Essai de diagnostic pathogénique (Montpellier Médical, juin 1921).

W

J. WERTHEIMER. — Sobre la ulcera del Estomago (Las Progres de la Clinica, XXVIII, 1924, n° 151, juillet, p. 19).

Z

M. ZWENG. — Die abdominal. Trias (ulcus duodéni-cholécystitis-appendicitis) (Arch. f. Verdampnskratz, XXVII, 1921, n° 2, p. 128).